

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

HEALTH MINISTRY of AZERBAIJAN REPUBLIC

SAĞLAMLIQ



ЗДОРОВЬЕ



HEALTH

Elmi-praktik jurnal
Научно-практический журнал
Scientific-practical journal

№ 1

1995-ci ildən nəşr olunur.
Основан в 1995-году.
Established by 1995.

BAKİ *BAKU*BAKU

2017

* MÜNDƏRİCAT * ОГЛАВЛЕНИЕ * CONTENTS *

* ÖN MƏQALƏ * ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ * LEADING ARTICLE *

1. Kərimov S.H., Abdullayeva G.G., Mirzəyev A.H.

MİKOZLARIN EPİDEMİOLOGİYASINDA VƏ YAYILMASINDA RİYAZİ MODELLEŞDİRMƏ
VƏ ZAMAN SİRALARININ TƏDQİQİ.....7

* ƏDƏBİYYAT İCMALI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEY ***2. Yusubov İ.Ə.**

QARIN BOŞLUĞU ORQANLARININ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ
MÜALİCƏSİNDƏ VİDEOLAPAROSKOPİYANIN ROLU.....13

* ORCİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS ***3. Tağıyev E.Q.**

XOLEDOXOLİTİAZ MƏNŞƏLİ MEXANİKİ SARILIĞIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN
NƏTİCƏLƏRİNİN YAXŞILAŞDIRILMASININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ.....20

4. İmanova S.S.

DÜZ BAĞIRSAĞIN MUKOZAL PROLAPSİNİN VƏ HEMORROİDAL DÜYÜNLƏRİN
DÜŞMƏSİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ.....28

5. Əzimov E.H.

DÜZ BAĞIRSAQ XƏRÇƏNGİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ RADIOTERAPİYANIN
YERİ.....33

6. Hüseynov F.R.

SEREBRAL İFLİCLİ XAYALARI ENMƏMİŞ UŞAQLARDA QANDA TESTOSTERON
GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DİNAMİKASI.....40

7. Quliyev Ç.B., Rəhimova X.S.

UŞAQLARDA KƏSKİN QASTRODUODENAL QANAXMALARDA ENDOSKOPİK
HEMOSTAZ.....43

8. Hüseynov T.A.

NAZAL CƏRRAHİYYƏDƏ BURUN HAVA YOLUNUN TƏZYİQİ VƏ QOXU DUYĞUSUNUN
XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN TƏDQİQİ.....49

**9. Худиев А.М., Абилова Ф.А., Мамедли Ш. А., Агалар С.А., Шадлинская А.А.,
Суджадинова А.Дж.**

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ И КОМБИНАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОИДИТОВ.....53

10. İsmayılov Q.M.

ENUKLEASİYA VƏ EVISSERASİYA ƏMƏLİYYATLARINDAN SONRA FƏSADLARIN TEZLİYİ
VƏ STRUKTURU.....58

11. Kamilova N.M., Səfərova A.Z., Sultanova İ.A., Mirzəyeva X.

EKZOGEN-KONSTITUSİONAL TIPLI PİYLƏNMƏ OLAN
QADINLARDA REPRODUKTİV VƏ SOMATİK
SAĞLAMLIĞIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....62

12. Mirzəyeva T.N., Həsənov Ə.B., Ağacanova A.X.

- PARAQRIP VİRUSU İLƏ AĞIRLAŞMIŞ HAMİLƏLİKLƏR ZAMANI CİFTDƏ BAŞ VERƏN STRUKTUR DƏYİŞİKLİKLƏRİ.....69
- 13. Qurbanova Z.T., Baxşəliyev A.B., Bayramov R.İ., İsmayılzadə C.M.**
ÜRƏK KEÇİRİCİLİYİ VƏ RİTM POZĞUNLUQLARI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞCIYƏR VƏRƏMİ VƏ ŞƏKƏRLİ DİABET.....72
- 14. Quliyeva A.D.**
ÜRƏYİN XRONİK İŞEMİK XƏSTƏLİYİ ZAMANI QANDA MAGNEZİUMUN SƏVİYYƏSİ İLƏ ENDOTELİN FUNKSIONAL VƏZİYYƏTİ ARASINDAKI ƏLAQƏNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.....77
- 15. Мамедзаде А.Я.**
К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ (ДН) У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) ВТОРОГО ТИПА.....82
- 16. Сеидбеков О.С., Алиев А.Р., Ахмедова Л.М., Рагимова Ш.М.**
СОДЕРЖАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БЕЛКОВ В СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....86
- 17. Əliyev M.H., Erdogan İ.**
PERİİMPLANTİTLƏR ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞU MİKROFLORASININ DİNAMİKASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....90
- 18. Puri-zahidan S.V.**
XRONİKİ GENERALİZƏOLUNMUŞ PARODONTİTLİ ŞƏXSLƏRDƏ KOMBİNƏ EDİLMİŞ MÜALİCƏSİNİN ANTİMİKROB EFFEKTİVLİYİ.....95
- 19. Əliyeva R.Q., Novruzov Z.H., Behruzoglu M.B.**
DİSTAL DİŞLƏMLİ XƏSTƏLƏRDƏ HERBST VƏ MONOBLOK APARATLARININ ƏNG VƏ ÇƏNƏ SÜMÜKLƏRİNƏ TƏSİRİNİN SEFALOMETRİK MÜQAYİSƏSİ.....101
- 20. Səfərov C.A.**
SİQARETÇƏKMƏNİN AĞIZ BOŞLUĞUNUN YUMŞAQ TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRLƏRİ.....105
- 21. Сафаралиев Ф.Р.**
СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПО ОКАЗАНИЮ ИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....109
- 22. Qurbanova N.F., Həsənzadə L.Y.**
UŞAQLARDA ASTİQMATİZMİN OFTALMOLOJİ MÜAYİNƏSİNDƏ “PLUSOPTİX A-09” PEDİATRİK AVTOREFRAKTOMETRİN EFFEKTİVLİYİ.....115
- 23. Bunyatov M.O., Mikayilov Ü.S., Məmmədov Z.M.**
DƏM QAZI İLƏ KƏSKİN ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİN GEDİŞATINA ALKOQOL İNTOKSİKASİYASININ TƏSİRİ.....118
- 24. Əfəndiyev İ., Ələkbərov K.**
BAKİ VƏ GƏNCƏ ŞƏHƏRƏLƏRİNDƏ KƏSKİN KİMYƏVİ MƏNŞƏLİ EKZOGEN ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİN STRUKTURU.....123
- 25. Rüstəmov H.C.**
ABŞERON RAYONUNDA UŞAQLAR ARASINDA QURD İNVAZİYALARININ AŞKAR EDİLMƏSİNİN SOSİAL-GİGİYENİK ASPEKTLƏRİ.....126
- 26. Axundova T.İ.**
LYAMBLİOZLA BİRGƏ TƏSADÜF OLUNAN VİRUSLU B HEPATİTİ İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ İMMUNİTETİN BƏZİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ.....129
- 27. Фараджев З.Г., Амирова И.А., Ахмедова С.Д., Балакишьева Ф.И., Ахмедов И.А., Алиева С.А.**
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ КОЖИ В РАЙОНАХ МАЛОГО КАВКАЗА АЗЕРБАЙДЖАНА.....134

* SƏHİYYƏNİN TƏŞKİLİ *
 * ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
 * HEALTH ORGANIZATION *

28. Cəlilov Y. R.

AZƏRBAYCANDA SKOLIOTİK DEFORMASIYALARIN ÖZƏL KOMPLEKS ORTOPEDİK MÜALİCƏ SİSTEMİNİN 20 İLLİK NƏTİCƏLƏRİ.....137

29. Sadıygədə A.H.

ОЦЕНКА ОБЪЕМА ПОСЕЩАЕМОСТИ ЛПУ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ АР.....146

30. Əsədov B.M., Qafarova R.V.

RUHİ XƏSTƏLƏRİN SOSIAL FƏALİYYƏTİ VƏ YAŞAM KEYFİYYƏTİ – PSIXİ SAĞLAMLIQ SƏMƏRƏLİLİYİNİN ƏHƏMİYYƏTLİ BİR GÖSTƏRİCİSİDİR.....150

* EKSPERİMENTAL TƏVABƏT *
 * EKSPERİMENTALNAYA MEDİCİNA *
 * EKSPERİMENTAL MEDİCİNE *

3. Джафарова H.A.

ЛИМФОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....157

* ƏSZAÇILIĞIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ *
 * PROBLEMS of PHORMACOLOGY *

32. Qarayev E.E., Ollivier E., Chiffolleau P.,**Roux D., Sallanon H., Elias R.**

INULA MONTANA L. BİTKİSİNİN ÇİÇƏK VƏ OTUNUN ELEMENT TƏRKİBİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ.....163

* PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK *
 * ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ *
 * HELP to PRACTICAL DOCTOR *

33. Kудиев O.A., Алиева B.A.

ВОЗМОЖНОЕ ПРМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....166

34. Mahalova N.S., Səlimov T.H., Şamxalov Z.M., Sadıqov B.İ., Səlimova R.T., Hüseynova X.Q., Aslanova L.S., Qasımova İ.N., Rüstəmli İ.Ə.

QASTROEZOFAGİAL REFLYUKS XƏSTƏLİYİ VƏ HELİCOBACTER PYLORİ İNFEKSİYASI.....169

35. Səfiyeva A.

KOLOREKTAL POLİPLƏR VƏ ONLARIN DİAQNOSTİKASI.....172

36. İbişova A.V., Həsənov Ə.B.

ENDOTOKSEMİYALI XƏSTƏLƏRİN PUNKSION BÖYRƏK BİOPSİYALARINDA KANALCIQLARIN ELEKTRON MİKROSKOPİYA GÖSTƏRİCİLƏRİ.....176

37. Sadıyova K.G., Muradov G.K.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОСАРКОМ.....180

38. Rüstəmova M.

QALOPERİDOL VƏ ONUN FARMAKOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.....187

39. Mustafayev İ.İ., Hümətova S.R.

ARTERİAL HİPERTENZIYA VƏ SOL MƏDƏCİYİN HİPERTROFİYASI.....191

40. Timofeev A.A., Yusubov Y.Ə., Məmmədov C.C.

"ÇƏNƏ SINIQLARI ZAMANI YERLİ VƏ ÜMUMİ QEYRİ-SPEŞİFİK REZİSTENTLİYİN MÜALİCƏNİN MÜXTƏLİF ETAPLARINDA ÖYRƏNİLMƏSİ".....197

* YUBİLEY * ЮБИЛЕЙ * MUBILEE *

41.Zərəngiz Əliqulu qızı Tağizadə 90 il.....203
42.Вағиф Джавад оғлы Сеидов 75 il206

*Jurnalın 2016-ci ildə nəşr olunmuş nömrələri
internet vasitəsi ilə yayımlanır.*

İnternet saytı email: saqlamliq@amu.edu.az.

[http:// saqlamliq.amu.edu.az](http://saqlamliq.amu.edu.az)

*ÖN MƏQALƏ * ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ * LEADING ARTICLE *

MİKOZLARIN EPİDEMİOLOGİYASINDA VƏ YAYILMASINDA RİYAZI MODELLEŞDİRMƏ VƏ ZAMAN SİRALARININ TƏDQIQI

Kərimov¹ S.H., Abdullayeva² G.G., Mirzəyev³ A.H.

^{1,3}Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu ²AMEA İdarəetmə Sistemləri İnstitutu.

Tibb, biologiya və fiziologiya sahəsində irəliyə doğru inkişaf kompüter tədqiqat sistemlərinin yeni imkanları ilə bağlıdır, çünki onlar yalnız məlumatların statistik işlənməsi vasitələri deyil, həmçinin tibbi-bioloji təfəkkürün alətidir (Genkin, 1999). Emanuel və Genkin (1997) qeyd edirlər ki, müasir tibbi informatikanın əsas məsələlərindən biri kliniki-laboratoriya məlumatlarının işlənməsinin paradiqmasının dərinə hətərəfli təhlilinə yönəlməsidir. Faktiki olaraq, empirik məlumatlardan yeni tibbi-bioloji biliklərin avtomatlaşdırılmış çıxarılması məsələsi qarşıya qoyulur və həkimə məsələnin həlli üçün geniş imkanlar yaranır. Oxşar meyillər laborator tibbində də mövcuddur. Menşikov V.S. (2003) isə “laborator tibbində inkişafın qiymətləndirilməsində əsas nəticə yalnız analitik imkanların yaxşılaşdırılması deyil, həmçinin laborator məlumatının diaqnostik və müalicə qərarlarının əsaslandırılmasına töhvəsinin təkmilləşdirilməsidir”.

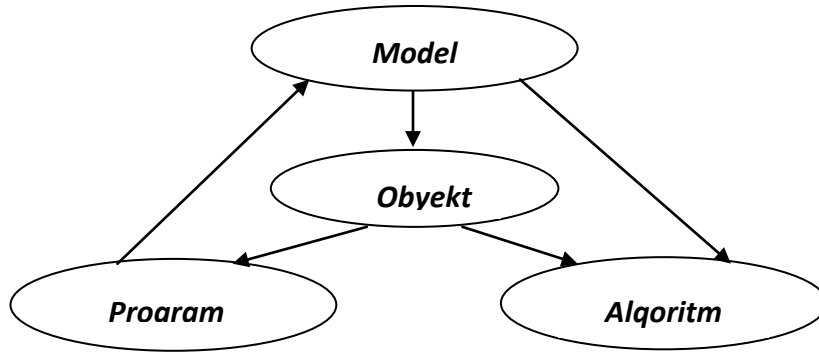
Tədqiqatın planlaşdırılması və alınan məlumatların adekvat təhlili elmi fəaliyyətin mütləq hissəsini təşkil edir, statistik üsullar isə bunun üçün tətbiq edilən riyazi aparatdır. Texniki təminat sahəsindəki nailiyyətlər (birinci nəsil kompüterlərdə təkrarlanan alqoritmin tətbiqi ilə olan bəzi məsələlər bir neçə günə həll oluna bilərdilər) və işlənmənin bir çox yeni üsulları ilə təchiz olunan müasir riyazi və statistik paketlərin yaradılması bu üsulların tibbdə tətbiq edilməsi və həyata keçirilməsi sahəsini əhəmiyyətli dərəcədə genişləndirməyə imkan vermişlər.

Dəqiq elmlərin qarşısında dayanan problem şüur, təfəkkür, təsvir və toplanmış biliklər, beyinin anlayış mexanizmi proseslərinin formalizə edilmiş təsvirlərini yaratmaqdır. Bu zaman canlı sistemlərin simulyatorlarının yaradılmasına böyük diqqət yetirilməlidir. Bu cür simulyatorların yaradılması zamanı canlı sistemlərdə baş verən dinamik proseslərin imitasiyasına yönəldilməlidir. Bu duyğu və qavrayış sensor siqnalları, təqdim edilmiş və əldə edilmiş biliklər əsasında formalaşdırılmış funksional modellərin məlumatlar bazasının yaradılması, beyində istifadə olunan oxşar anlayış mexanizmi, mürəkkəb davranış forması da daxil olmaqla dinamik proseslərin təhlili ilə məlumatların emalı ilə əlaqədardır.

Elmi tədqiqatlarda modelləşdirmə hələ lap qədim zamanlardan tətbiq olunub və getdikcə elmi biliklərin yeni sahələrini əhatə edir: texniki konstrukturlaşdırmanı, inşaat və arxitekturanı, astronomiyanı, fizikanı, kimyanı, biologiyayı və nəhayət tibbi. XX əsrdə modelləşdirmə metodu böyük müvəffəqiyyətlər əldə etmişdir. “Model” termini insan fəaliyyətinin müxtəlif sahələrində geniş istifadə olunur və bir çox mənaları vardır. Ancaq biliklərin əldə edilməsi üçün lazım olan “model”-lərə baxaq. Model obyekt kimi tədqiqat prosesində orijinal obyektə elə əvəz etməlidir ki, onun birbaşa öyrənilməsi orijinal obyekt haqqında yeni biliklər versin. Modelləşdirmə dedikdə modelin qurulması, öyrənilməsi və tətbiqi prosesi başa düşülür. O, abstraksiya, analogiya, fərziyyə və

s. kimi kateqoriyalarla sıx bağlıdır. Modelləşdirmə prosesinə abstraksi-yaların qurulması, analogiyalara əsaslanan mühakimələr və elmi hipotezlərin yaradılması daxildir. Modelləşmə prosesinə üç element daxildir: subyekt (tədqiqatçı), tədqiqat obyekt, dərk edən subyektin və dərk ediləcək obyektin münasibətləri arasında vasitəçi olan model [1].

Modelin qurulması mərhələsi orjinal obyekt haqqında bir sıra biliklərin olmasını nəzərdə tutur. Modelin dərk etmə imkanları onunla şərtlənir ki, model orjinal obyektin hər-hansı əhəmiyyətli xüsusiyyətlərini özündə əks etdirir. Orjinalın və modelin oxşarlığının zərurəti və kifayət qədər olması konkret təhlil tələb edir.



Şək.1.1. “Model-alqoritm-proqram” üçlüyünün ümumi sxemi

Aydındır ki, model həm orjinalla eynilik təşkil edən zaman (o zaman o, artıq orjinal olmur), həm də həddən artıq fərqli xüsusiyyətlərə malik olan zaman öz mənasını itirir. Beləliklə, modelləşdirilmiş obyektin bir cəhətdən öyrənilməsi digər cəhətlərin araşdırılmasından imtina etmək qiymətinə başa gəlir. Ona görə də istənilən model orjinalı yalnız məhdud mənada əvəz edə bilər. Modeldə istifadə olunan məlumatlara gəldikdə isə prinsiplial əhəmiyyət kəsb edən məqamları qeyd edək: tədqiqatda xəstələrin sayının az olması, hər xəstə haqqında natamam məlumatlar, şəraitin təsvirinin mümkün variantlarının çoxsaylı olması (“çoxsaylı təsvirlər”), qərar qəbul etmədə bu variantların qarşılıqlı təsiri, həkimin xəstə haqqında məlumatlarının tədricən artması və formasının dəyişilməsi.

Modellərin riyazi metodları biotibbi proseslərin təsvirində tətbiq edilir (hər şeydən əvvəl orqanizmin və onun sistemlərinin normal və patoloji fəaliyyətində, diaqnostikasında və müalicəsində). Təsvir iki əsas istiqamətdə aparılır:

- biotibbi məlumatların işlənilib hazırlanması üçün riyazi statistikanın müxtəlif üsullarından istifadə olunur;
- konkret şəraitdə üsulun seçilməsi təhlil olunan məlumatların paylaşdırılması xarakterinə əsaslanır.

Bu üsullar biotibbi obyektlər üçün səciyyəvi olan qanunauyğunluqların aşkar edilməsi, obyektlərin ayrı-ayrı qrupları arasında oxşarlığın və fərqliliyin axtarışı, onlara müxtəlif xarici amillərin təsirini qiymətləndirmək və s. üçün nəzərdə tutulur. Obyektlərin xüsusiyyətlərinin riyazi statistikanın köməyi ilə əldə edilən təsvirini hərdən məlumatlar modeli adlandırırlar. Məlumatlar modelinin tərkibində heç bir məlumat və ya real obyektin daxili quruluşu haqqında fərziyyələr olmur və onlar yalnız instrumental ölçülərin nəticələrinə əsaslanır.

Digər istiqamət sistemlərin modeli ilə bağlıdır və mahiyyətinə görə öyrənilən sistemlərin quruluşu, onların ayrı-ayrı elementlərinin qarşılıqlı təsiri mexanizmləri haqqında məlumatları istifadə edən obyektlərin və hadisələrin riyazi təsvirinə əsaslanır. Sistemlərin riyazi modellərinin işlənilib hazırlanması və əməli istifadəsi

(riyazi modelləşdirmə) biologiyada və tibbdə riyazi modelləş-dirmənin tətbiqinin perspektiv istiqamətini təşkil edir.

Məlumatların emalının statistik üsulları tibb və səhiyyədə geniş yayılmış və onlardan, məsələn, diaqnostik cədvəllər və tətbiqi proqramlar paketi kimi istifadə olunur. Riyazi modelləşdirilmənin istifadə edilməsi məsələyə uyğun olan statistik işlənmə üsulunun seçimi ilə bağlı bir sıra prinsiplial xarakterli problemlər meydana gəlir və onun tətbiqinin əsasını təşkil edir. Bu amillər eksperimental və kliniki məlumatların statistik işlənməsinin keyfiyyətin artırıl-masına yönəlir. Tibbdə və səhiyyədə obyektləri səciyyələndirən əlamətlər kəmiyyət, sıra və keyfiyyət əlamətlərinə bölünürlər. Kəmiyyət əlamətləri üçün dəqiq xüsusiyyəti - sayı (rəqəm) göstərmək olar (məs., çəki, boy, AD ölçüsü, analizin verilənləri və s.). Sıra əlamətləri üçün (ranq əlamətləri - əgər hər bir ranqa müvafiq rəqəm - dərəcə qoyulursa) dəqiq xüsusiyyət mümkün deyil, ancaq müvafiq xüsusiyyətin ifadə olunma dərəcəsini göstərmək olar (ağ ciyərlərdə xırıltılar – tək-tək, çox sayda, öskürəyin intensivliyi – zəif, orta, güclü, çox güclü). Keyfiyyət əlamətləri tənzimlənməyə və ya əhəmiyyətinə görə rəqləşdirilməyə imkan vermir (məs., gözün rəngi – mavi, boz, qonur).

Əksər hallarda kliniki vəziyyətlərdə böyük sayda amillər (parametrlər) təsir göstərir. Onlar arasında mürəkkəb qarşılıqlı əlaqələr mövcuddur. İki amilin ümumi effekti onların fərdi cəmindən çox ola bilər. Ona görə də son zamanlar məlumatın işlənməsi üsullarının nailiyyətləri proqnostik və diaqnostik məlumatların əldə edilməsinin vacib aspekti olmuşdur. Statistika sahəsinin mütəxəs-sisləri qeyd edirlər ki, bu sahədə məlumatın işlənməsinin bir çox üsulları tibb işçiləri və bioloqlar tərəfindən qarşıya qoyulan məsələlər nəticəsində meydana gəlmiş və inkişaf etmişlər (Slavin, 1989, Kant, 1987). Çoxparametrlil təhlil sistemləri və onların prinsipi əsasında qurulan təsnifatlaşdırma və proqnozlaşdırma sistemləri kardiologiyada, təcili tibbdə, idman tibbində, onkologiyada öz tətbiqini tapmışdır. Bir çox statistika üsulları, klaster analizi, neyron şəbəkələri, ekspert sistemləri, üçqat matrislər, qeyri-səlis məntiq (fuzzy) tibbi təsnifatlaşdırma və proqnozlaşdırma məsələlərinin həllində tətbiq edilmiş və ya inkişaf etmişdir (Kendall, Styuart, 1976, Welstead, 1994). Rando-mozasiya üsulu (təsadüfilik) tədqiqatın planlaşdırılması və keçirilməsi mərhələsində dəyişilənlər çoxluğuna nəzarət edə bilər (Fletçer, 2003). Statistik metodologiyanın tibbdə ən fəal surətdə tətbiq edilməsinin yüz ildən artıq tarixi var. M.K. Zenes “Həqiqi nəticələr əvəzinə yanlış nəticələr almamaq üçün tibbdə statistik məlumatları necə toplamaq və emal etmək olmaz” məqaləsində tibbdə riyaziyyatın tətbiqinin mümkünlüyünü analiz edərək belə qənaətə gəlmişdir ki, “riyazi statistika üsulları tibbdə insan səhətinin idarə olunmasında öz dəyərli yerini tutacaq, çünki onun tətbiq edilməsindən ən məhsuldar nəticələri gözləmək olar və lazımdır”. Statistik emala malik statistik modelləşdirmə konkret şəraiti təsvir edən çoxsaylı parametrlərin hesabına tibbi tədqiqatlarda istifadə edilə bilər ki, bu da problemin doğru həllinə gətirib çıxarır. Bu, real məsələnin toplanan, ölçülən, sistemləşdirilən parametrləri və onların qarşılıqlı əlaqələrini nəzərə alır və qoyulmuş məsələnin təsviri modeldə daha da dəqiqləşir. Məs., A.N.Bakin və S.Y.Xripkov [2] bir neçə infeksiya xəstəliklərlə əlaqədar (hepatit A, tulyaremiya, botulizm, sibir xorası) epidemioloji prosesin yayılması məsələsini ehtimal nəzəriyyəsinə əsaslanan riyazi modellər qurulmuş və bu xəstəliklərin dinamikası araşdırılmışdır. O.Y.Karyakina və b. [3] praktiki tibbin bir neçə sahəsi üçün riyazi modellərin üstünlüklərini açıqlamış, onların vasitəsi ilə proqnoz, diferensial diaqnostika, müalicə prosesində strateji və taktiki məsələlərin həlləri haqqında xülasə növlü məlumat işıqlandırmış-dır. [6,7]-də müəlliflər zootoksinlə zəhərlənmələr halları üçün qurduqları riyazi model pasiyentin cari vəziyyətini təyin etməklə bərabər

onun müalicəsini fərdiləşdirmək imkanı yaradır. Modeli səciy-yələndirən məqam onun üzərində müxtəlif növ eksperimentlərin aparılma imkanıdır ki, bu da etik və sosial normalara uyğun gəlir. Tibb sahəsində belə modellər böyük sayda imitasiyalara yol açır, eksperimentlər qansız və daha ucuz başa gəlir. Digər tibbi xəstəliklər üçün mövcud modelləri də misal gətirmək olar. Maraqlısı budur ki, göbələk xəstəliklərinin diaqnostikası və xüsusən proqnozu haqqında tətbiqdə olan modellərə rast gəlinmir.

Azərbaycanda göbələk xəstəliklərinin diaqnostikası, müayinə və müalicəsi son illər xeyli inkişaf etmişdir. Eyni zamanda mövcud iqlimi, sosial-iqtisadi durumu, yaranmış şəraiti nəzərə alan daha dəqiq, keyfiyyətli yanaşmalara ehtiyac duyulur. Bu məqsədlə Azərbaycanın rayonlarında və Bakı şəhərində rast gəlinən səthi göbələk xəstəliklərinin epidemiologiyasının öyrənilməsi və riyazi model-ləşdirmə üsullarından istifadə etməklə proqnozlaşdırma məsələsinin həlli bu sahədə səmərəli müalicə-profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsinə yeni imkanlar yaradar. Bu məsələnin həlli üçün zaman sıraları və biostatistikanın parametrik və qeyri-parametrik üsullarının tətbiqi təklif olunur.

Hal-hazırda ətraf mühit və sağlamlıq haqqında verilənlərin emalı üçün statistik metodlardan biri kifayət qədər incə məqamları araşdıran zaman ardıcılıqlarının analizidir. Bu metod əsasən ətraf mühitin çirklənməsi ilə əhalinin sağlamlığı arasında əlaqənin analizi üçün çox münasibdir. Zaman sırası təsadüfi kəmiyyət və ya prosesin müşahidələrinin zaman boyunca nizamlanmasıdır. Bu ədədlər sırası müəyyən zaman anında müşahidə olunan təsadüfi kəmiyyətin qiymətini verir. Bir qayda olaraq zaman anları bir-birlərindən bərabər ayrılaraq saat, gündəlik, aylıq, illik qiymətlərdən ibarət ola bilər. Sıranın elementlərinin nizamlanması müşahidələr məcmuyunun əsas xassəsi kimi onu təsadüfi sadə qiymətlər yığımından fərqləndirir və əlavə qiymətli nəticələr əldə etməyə imkan verir [4,5].

Zaman sırası iki tip verilənlərdən ibarətdir:

➤ kəsilməz verilənlər - ixtiyari zaman anında müşahidə olunan kəmiyyətin qiymətini almağa imkan verir;

➤ diskret verilənlər - müəyyən zaman anlarında müşahidə olunan kəmiyyətin qiymətini almağa imkan verir.

Adətən zaman sıraları fərdi deyil, zaman boyunca bərabər paylanmış sonlu nöqtələr çoxluğu kimi olur. Məsələn, gündəlik müraciətlərin sayı, konsentrasiyaların orta qiymətləri və s. Zaman sırası hər hansı bir dəyişənin, həmçinin bir neçə dəyişənlərin zaman ərzində qiymətləridir (məs. havanın temperaturu, epidemiyanın ərazidə yayılması, taxikardiya və s.). Bu cür zaman sıralarına çoxölçülü sıralar deyilir. Çoxölçülü zaman sıralarını öyrənməklə ayrı-ayrı dəyişənlərlə bərabər onların bir-birinə təsirini araşdırmaq olar.

Sadə halda qeyri-asılı X_i kəmiyyəti ətraf mühitin amillərini ifadə edərsə, Y – təsir nəticəsidir. Onda bunlar arasında reqressiya əlaqəsi yaratmaq olar. Bunu zaman ardıcılığı olduqda da yerinə yetirmək olar. Çoxölçülü zaman sıraları üçün ümumi reqressiya tənliyi aşağıdakı kimi ifadə edilir:

$$E(Y) = a_0 + \sum(a_i f_i(X_i)) + \varepsilon, \quad (1)$$

burada Y – təsirin nəticəsi (miqdarla); X_i – mühitin amilləri; i – mühitin amilinin (cari nömrə) indeksidir, $i=1,2, n$; n – amillərin sayıdır; E və f_i – sıranın əlaqə və çevrilmə funksiyalarıdır; a_0, \dots, a_i – meyl etmə əmsallarıdır (ilkin qiymətlər); ε – qalıq hədd (metodun xətası).

Məsələ tənlikdə a_i əmsallarının müəyyən edilməsidir. E funksiyası asılı dəyişənin paylanma növü ilə müəyyən olunur, f_i funksiyası meyllərin təsirinin aradan qaldırılması üçün filtrlərdir. Filtrin məqsədi x -in dəyişməsi zamanı y -in dəyişməsinin daha aydın göstərilməsini təmin etməkdir. Filtrasiya üçün bir neçə metodlar tətbiq olunur. Orta qiymət, sadə sürüşən orta qiymət və s. Zaman sıralarının analizinin aparılması zamanı filtrasiya prosedurası reqressiya modelinin qurulmasından qabaq tətbiq olunur. Filtrasiya həm y , həm də x sırası üçün aparıla bilər. Əsas məsələ filtrasiya apardıqda lazımi statistik informasiyanın nəzərdən qaçırılmamasıdır. Bunun üçün sıraların müxtəlif hamarlama proseduraları yerinə yetirilərək müqayisə nəticəsində korrelyasiya analizinin köməyi ilə ən yaxşı variantlar seçilir. Daha sonra reqressiya modeli qurulur. Modelin keyfiyyəti qalıqların analizi əsasında qiymətləndirilir. Bunun üçün qalıqların qrafikinə normal paylanma qrafikinə uyğunluğu yoxlanılır.

Cədvəl № 1.

Mikozların təyini

Soy adı	Təvəllüd	Cins	Vəzifə	Mikoz	Mövsum
1	2	3	4	5	6
Həsənov K.	1989	k	fəhlə	T	yaz
İbrahimov H.	1991	k	fəhlə	T	yaz
İsmayılov T.	1992	k	fəhlə		yaz
Babayev A.	1976	k	Laborant		yaz
Süleymanov N.	1979	k	Laborant	C	yaz
Kərimov İ.	1979	k	fəhlə	C	yaz
Quliyev T.	1987	k	çilingər	T	yaz
1	2	3	4	5	6
Verdiyeva A.	1980	q	toxucu		yaz
Əliyev İ.	1978	k	Sürücü	T	yaz
Əliyeva E.	1980	k	toxucu	T	yaz
Qoçaliyev İ.	1972	k	elektrik		yaz
İbrahimov İ.	1959	k	Qaynaqçı	T	yaz
Xudiyev T.	1964	k	Paketləmə	T	yaz
Həsənov Z.	1976	k	Yükləmə		yaz
Əliyev Ş.	1979	k	Sürücü	T	yaz
Paşayeva A.	1990	q	xalçaçı	T	yaz
...	yaz

Cədvəldə aşağıdakı işarələr qəbul edilib: T – trichofhyton, C – condiola, E – epidermophyton, M – mikrosporum.

Zaman sıraları metodu ətraf mühitin çirklənməsi ilə sağlamlıq arasında asılılığın yoxlanılması, epidemioloji tədqiqatlarda, koqort tədqiqatlarda, yəni müəyyən bərabər zaman anlarından bir müşahidələrin aparılması və s. tədqiqatlar üçün əlverişli üsül sayılır. Üsulu həm fərdi, həm də qrup səviyyəsində tətbiq etmək mümkündür. Ümumiləşdirərək demək olar ki, zaman sıraları metodu müşahidələr və nəticələrin fiksə edilməsi bərabər zaman anlarından bir aparılan istənilən tədqiqatlarda istifadə oluna bilər. Məqalədə baxılan məsələ üçün Azərbaycanın iki iri şəhəri seçilib: Gəncə və Kürdəmir. Araşdırmalarda Gəncə və Kürdəmir baş çoxluqlardır. Seçmə qismində Gəncə çoxluğundan Gəncə Tekstil ASC, Gəncə Fatoğlu un zavodu, Karamel şirniyyat evi və Firdevs şirniyyat evi, Kürdəmir çoxluğundan isə Kürdəmir şəhər Süd Emalı zavodu və Kürdəmir şəhər Taxılçılıq

Kombinatı götürülübür. Seçmə yönümlü deyil, təsadüfu kəmiyyətdir. Anketləşmədən sonra laborator analizlər və həkim müayinəsi aparılmışdır. Misal üçün cə.d.1-də Gəncə Tekstil ASC-də çalışanların 2016-cı il yay mövsümündə müayinə nəticəsi verilmişdir.

Bu növ cədvəllər 2013 oktyabr - 2016-cı may ərzində ilin 4 mövsümü üçün toplanmış və sistemləşdirilmişdir. Eksperimentlərdə 1680 nəfər iştirak edib, təsadüfi seçim vasitəsilə Gəncə və Kürdəmirdən 587 nəfərdən patoloji material götürülərək laborator müayinə edilmişdir. Tezlik analizi nəticəsində müxtəlif mikozların rast gəlmə tezliyi $N_m/N_{üm}$ hesablanmışdır. Belə ki, Kürdəmirdən alınan materiallara görə $N_m/N_{üm} = 0,2389$, Gəncə üzrə $N_m/N_{üm} = 0,3156$. Zaman sırası 11 vektordan ibarətdir. Sıranın analizi və onun əsasında vəziyyətin proqnozu məsələsi bir neçə variantda yerinə yetirilməlidir: a) zaman sırası hər mövsüm üçün araşdırılmalı; b) zaman sırası bütün mövsümlər üçün birlikdə araşdırılmalıdırlar. Göstəricilər arasında zaman intervalları boyunca dəyişiklik-lərin olmasını qiymətləndirmək üçün parametrik və qeyri-parametrik statistik meyarlardan istifadə olunacaq. Lakin parametrik meyarlardan istifadə edilməsinə gəldikdə göstəricinin paylanmasının dəqiqləşdirilməsi və göstəricilərin qiymətlərinin zaman ərzində neçə dəfə ölçülməsi qabaqcadan naməlum olduğu üçün qeyri-parametrik üsullardan istifadə edilməsi məqsədəuyğundur. Təsadüfi seçmələrin analizindən fərqli olaraq zaman sıraları bərabər zamanlardan bir verilənlərin müşahidəsinə əsaslanır. Zaman sıralarının analizi iki məqsəd daşıyır: sıranın təbiətini müəyyən etmək və proqnoz. Hər iki halda baxılan verilənlərin interpretasiyası üçün sıranın modeli müəyyən olmalıdır. Zaman sıralarının əksər müntəzəm dəyişənləri iki sinfə daxildir: onlar ya trend və ya mövsümi komponentlərdir. Dəyişmə dinamikasını onun trendi əks etdirir. Trend zaman boyunca qanunauyğun dəyişən ümumi sistemə xətti və ya qeyri-xətti komponentdən təşkil olunur. Mövsümi komponent dövrü təkrar olunur [9]. Proqnoz üçün zaman sıralarından istifadə müşahidə olunan prosesin verilənlərinə müəyyən amillərin keçmişdə və hal-hazırda təsirinin yaxın gələcəkdə də oxşar olması ilə əlaqədardır.

Nəticə. Məqalədə tibbdə riyazi modelin mahiyyəti, onun vasitəsi ilə tədqiqatların aparılması, riyazi modelləşdirmə (zaman sıraları) üsulu ilə həllini tapmış bəzi məsələlər haqqında məlumat verilmiş, məsələnin qoyuluşu, obyektin seçilməsi və zaman sırasının qurulması verilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Самарский А.А., Михайлов А.П. Математическое моделирование: Идеи. Методы. Примеры. М.: Физмат, 2005, -320с.
2. Бакин А.Н., Хрипков С.Ю. Математическое моделирование динамики риска инфекционного заболевания.//Проблемы риска. Т.6, 2009, №2, с.24-31
3. Карякина О.Е. Применение математических моделей в клинической практике.//Экология человека. 2012, 7. С.103-106
4. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. Санкт-Петербург, 2002
5. Гурьева В.М., Котов Ю.Б. Анализ коротких отрезков временных рядов в медицинских задачах // ИПМ им. М.В.Келдыша РАН, Москва, 2005. Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 04-01-00434)
6. Абдуллаева Г.Г., Али Шахинташ, Имранов Ф.Б. Система диагностики функционального состояния гомеостаза в токсикологии (на примере укуса гюрзы) // Журнал вычислительной и прикладной математики, Киев, 2011, №3(106)
7. Məlikov A.Z., Abdullayeva G.G., Ali Şahintaş. Zootoksinlərlə zəhərlənmələrdə diaqnostika və müalicə alqoritmləri // Journal of Qafqaz university, Bakı, 2011, 24-35
8. Абдуллаева Г.Г., Джумшудова Х.С. Разработка интеллектуальной системы в абдоминальной хирургии (на примере разлитого перитонита) //Наука и бизнес: пути развития. Москва, № 9(15) – 2012, с.50-56
9. Елисеева И.И. Общая теория статистики: учебник для вузов / И.И. Елисеева, М.М. Юзбашев; под ред. И.И. Елисеевой. – М.: Финансы и статистика, 2009. –656 с.

Daxil olub: 10.02.2017.



* ƏDƏBİYYAT İJMALI * ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ *
* LITERARY SURVEY *

QARIN BOŞLUĞU ORQANLARININ ZƏDƏLƏNMƏLƏRİNİN DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİNDƏ VİDEOLAPAROSKOPIYANIN ROLU

Yusubov İ.Ə.

Ə.Əliyev adına AzDHTİ-nin Ümumi cərrahiyyə kafedrası.

Açar sözlər: qarının zədələnmələri, videolaparoskopiya.

Müasir dünyada travmatizm nəhəng miqyasa çatmışdır və daimi olaraq artmağa meyllidir [1-3]. ÜST-in Harvard prospektiv tədqiqatlar mərkəzi ilə birgə apardığı araşdırmalardan alınmış məlumatlara görə 2020-ci ilə qədər ölümün əsas səbəbləri travmalar, xüsusən də yol-nəqliyyat travmaları, təbii fəlakətlər və terrorçuluq ola bilər. Son vaxtlar müştərək travmadan xəsarət alanların hər beşindən birində qarının qapalı zədələnməsinə rast gəlinir [4-6].

Sülh dövrünün travmalarının strukturunda qarının daxilə nüfuz edən yaralanmalarının tezliyi 4%-ə çatır [4, 7]. Qarının açıq zədələnmələrinin 94%-dən çoxunu deşilmiş-kəsilmiş yaralar təşkil edir [5, 7]. Əvvəlki illərdə qarın boşluğu orqanlarının qapalı zədələnmələrinə çox rast gəlinirdisə, hazırkı dövrdə qarının daxilə nüfuz edən yaralanmaları birinci yerdə dayanır [8-15]. J.W.Githaiga, J.A. Adwok (2008) da eyni nəticələri əldə etmişdir [21]. Bu zaman ağırlaşmalara 6,7%-dən 15,7%-ə qədər rast gəlinir [16-20].

Qarının daxilə nüfuz edən yaralanmalarında daxili orqanların zədələnməsinə heç də az rast gəlinmir. Belə ki, Замалтдинов В.Р. с соавт. (2006) verdiyi məlumatlara görə, qaraciyərin zədələnmə tezliyi 33,7%, nazik bağırsağın – 29,5%, nazik bağırsağ müsariqəsinin – 10,9%, yoğun bağırsağın – 21,8%, yoğun bağırsağ müsariqəsinin – 5,2%, mədənin – 17,6%, diafraqmanın – 11,2%, piyliyin – 8,9%, dalağın – 6,3%, qarın boşluğunun iri damarlarının – 5,4%, mədəaltı vəzin – 4,6%, onikibarmaq bağırsağın – 4,2%, öd kisəsinin – 3,8% təşkil edir. Letallıq 7,8%, ağırlaşmalar isə 15,7% olmuşdur [22].

Məlumdur ki, qarın boşluğunun zədələnmələri zamanı 12%-dən 50%-ə qədər, orta hesabla isə 30% laparotomiyalar tam diaqnostik xarakter daşıyır və mahiyyətə hədə yerə həyata keçirilir. Təəssüflər olsun ki, qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsi olan xəstələrdə hətta təftiş laparotomiyası daxili orqanların zədələnməsini düzgün qiymətləndirməyə imkan vermədiyinə görə diaqnostik səhvləri tam inkar edə bilmir [12].

Спивак В.П. və Рубан В.М. (2006) qarın boşluğu orqanlarının nəzərdən qaçan zədələnmələri barədə məlumat verərək qeyd edirlər ki, daxilə nüfuz edən yaralanma zamanı aparılmış laparotomiyaların 0,6%-də qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsini təyin etmək mümkün olmur [23].

Александрович Г.А (2008) 1025 əməliyyat olunmuş xəstədən 146-da (14,2%) daxili orqanlarda yaralanmanın olmadığı barədə məlumat verir [24]. Корабельников А.И. (2009) 503 yaralanmışdan 191-də (37,9%) daxili orqanlarda

zədələnmə aşkar etməmişdir [25]. Буянов В.М. с соавт. (2010) açıq zədələnməsi olan 262 xəstədən 113-də (42,1%) zədələnmə tapmamışdır [26].

Корита В.Р. (2004) 288 laparotomiyadan 4-də daxili orqanların aşkar olunma bilməyən zədələnməsi – onikibarmaq bağırsağın zədələnməsi (1 xəstədə), yoğun bağırsağın zədələnməsi (2 xəstədə) və nazik bağırsağın zədələnməsi (1 xəstədə) barədə məlumat vermişdir [27]. Урман М.Г. (2003) isə 174 belə əməliyyat olunmuş xəstədən 4-də yoğun bağırsağın zədələnməsinin aşkar oluna bilmədiyi barədə məlumat verir [28].

Романенко А.Е. (2005) verdiyi məlumatlara görə, qarnın qapalı zədələnmələrində diaqnostik səhvlərin ümumi sayı 20%-ə, müştərək travmalarda isə 25%-ə çatır. Bu zaman həm hiper-, həm də hipodiaqnostik səhvlərə təxminən eyni tezlikdə rast gəlinir [29].

Матвеева П.П. (2006) verdiyi məlumatlarda qarnın travmaları zamanı diaqnostik səhvlərin 45,7-73,1%-ə çatdığı qeyd olunur. Qarnın qapalı zədələnmələrində diaqnostik səhvlərin öyrənilməsi göstərmişdir ki, onların 2/3 hissəsinin səbəbi diaqnostikanın obyektiv çətinliyi ilə əlaqədardır [30].

Qeyd olunan məlumatlar qarın zədələnmələrinin diaqnostikasında müasir instrumental metodlardan – rentgenoloji, ultrasəs müayinələrindən, kompüter-tomoqrafiyadan, laparoskopiyadan geniş istifadənin vacib olduğunu göstərir.

Əksər müəlliflər qarın boşluğu orqanlarının icmal rentgenoqrafiyasını az-informativ hesab edir. Belə ki, onun köməyi ilə qarın boşluğunun boşluqlu orqanlarının zədələnmələrini yalnız 33% hallarda, peritonarxası hematomanı isə 25% hallarda aşkar etmək mümkün olur. Yeni şüa metodlarının – KT və USM-in tətbiqindən sonra qeyri-invaziv diaqnostikanın yeni imkanları meydana çıxmışdır [5, 9, 11].

Qarnın daxilə nüfuz edən zədələnmələrinin diaqnostikasında USM-in tətbiqinə yanaşma hələ də ikili xarakter daşıyır. Belə ki, H.Yoshii et al. (2008) USM vasitəsilə daxili orqanların zədələnməsini təyin edərkən hemoperitoneuma, qarın boşluğunda sərbəst qazın aşkar olunmasına və parenximatoz orqanların konturlarının pozulmasına əsaslanır. Müəlliflər USM-i qarnın travmaları zamanı qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin təcili diaqnostika arsenalına daxil etməyi məsləhət görürlər [31]. Qarnın qapalı zədələnmələri olan xəstələrdə Савелло В.Е (2003) da Yapon mütəxəssislərinin tədqiqatlarındakına yaxın məlumatlar əldə etmişlər. Ultrasəs müayinəsinin həssaslığı qaraciyərin zədələnməsi zamanı 91,5%, dalağın zədələnməsi zamanı – 98,2%, böyrəklərin zədələnməsi zamanı – 94,4%, spesifikliyi isə uyğun olaraq 91,3%, 95,9% və 94,2% təşkil etmişdir [32]. Qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmaları zamanı USM-in dəyərliyinə dair J.A.Soto et al. (2011) da eyni fikirləri söyləyir. Belə ki, onların tədqiqatında 32 yaralanmışdan 11-də (34,4%) cərrahi müdaxilədən çəkinmək mümkün olmuşdur. Qarındaxili zədələnmənin olması məsələsinin həllində hemoperitoneumun və qaraciyərin sərhədlərinin genişlənməsinə əsaslanılmışdır [33].

Amerika mütəxəssisləri K.F.Udobi et al. (2011) qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmalarında ilkin və təcili diaqnostik müayinə mərhələsi kimi USM-dən istifadəni müsbət qiymətləndirmişlər [34]. Digər müəlliflər bu metod haqqında əks fikir söyləyirlər. Belə ki, A.F.Nicolau et al. (2011) USM göstəriciləri əsasında qarnın zədələnməsi olan 37 xəstədə diaqnostik laparoskopiyadan istifadə etmiş və yalnız 32,4% hallarda təcili laparotomiyaya göstəriş olduğunu aşkar etmişlər, yerdə qalan hallarda isə qarın boşluğunun laparoskopik drenləşdirilməsi ilə kifayətlənmişlər [35].

I.M.Bain et al. (2008) qarnın qapalı zədələnmələri zamanı USM-i kifayət qədər neqativ qiymətləndirmişlər. Onlar 220 xəstədə diaqnostik peritoneal lavajı USM-in nəticələri ilə müqayisə etmişlər. Onların verdiyi məlumatlara görə USM

metodunun dəyəri 82,7%, laparosentez zamanı isə 99,5% təşkil etmişdir. Buna baxmayaraq, müəlliflər diaqnostik müayinənin ilk mərhələsi kimi USM-dən istifadəni məsləhət görürlər [36].

J.Haan et al. (2003) daxilə nüfuz edən yaralanmalar zamanı 50 diaqnostik laparotomiyanı qiymətləndirərək belə bir nəticəyə gəlmişdir ki, qarındaxili zədələnmələri istisna edən ən effektiv diaqnostika metodu kompüter-tomoqrafiyadır. Lakin buna baxmayaraq, müəlliflərin fikrincə, diafraqmanın zədələnməsinin KT-nin köməyi ilə diaqnostikası həll olunmamış qalır [37].

Savello B.E. (2003) qarnın qapalı travmaları olan xəstələrdə daxili orqanların zədələnməsinin diaqnostikasında KT-nin rolunu yüksək qiymətləndirir. Müəllifin fikrincə, xəstələrin şüa diaqnostikasının nəticələri adekvat müalicə taktikasının seçilməsinə kömək edir. Lakin bir çox müəlliflər kompüter-tomoqrafiyanı qarındaxili orqanlarının zədələnməsinin yalnız köməkçi diaqnostik metodu hesab edir [32].

Qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmalarının diaqnostikası məqsədlə ənənəvi instrumental azinvaziv müayinə metodlarının tətbiqinin effektivliyinə dair vahid fikir mövcud deyildir. Belə ki, yaranın zondla təftişi 40,7% hallarda yalançı-mənfi nəticələr verir. Yaraların birincili cərrahi işlənməsi daha dəqiq hesab olunur, lakin yara kanalının bəzi hallarda əzələ kütləsində itməsi ilə əlaqədar olaraq səhv nəticələr alınır. И.З.Козлов с соавт. (2008) birincili cərrahi işlənməyə alternativ metod kimi vulneroqrafiyanı təklif etmişdir [38]. Lakin А.И.Корабельников (2009) 21 xəstədə hava ilə vulneroqrafiyanı yerinə yetirmiş və 13,6% hallarda səhv nəticə əldə etmişdir. Müəllif bu metodun diaqnostik əhəmiyyətini artırmaq üçün vulneroqrafiyanın təkmilləşdirilmiş metodunu – vulneromanometriyanı təklif etmişdir. Müəllif 192 xəstədə vulneromanometriya yerinə yetirmiş və metodun dürüstlüyü 96,4% təşkil etmişdir. Müəllifin fikrincə, metod növbəti cərrahi taktikanı müəyyən etməyə imkan verir [39].

Ənənəvi azinvaziv instrumental diaqnostika metodları arasında peritoneal lavaja və qarnın yan kanallarının punksiyasına əlavə olunan laparosentezə daha çox üstünlük verilir. E.B.Метелев (2007) verdiyi məlumatlara görə, bu metodun diaqnostik dəyəri 100%-ə yaxınlaşır, belə ki, onun vasitəsilə qarın boşluğunda toplanan həтта minimal miqdarda mayeni də aşkar etmək mümkün olur [40].

J.W.Githaiga, J.A.Adwok (2008) qarnın travması olan 96 xəstədə peritoneal lavajın diaqnostik dəyərini təhlil etmişlər. Həssaslıq və dəqiqlik 93%, spesifikliyi isə 98% təşkil etmişdir. Müəlliflər ucuz başa gəlməsi, təhlükəsiz olması və etibarlılığına görə laparosentezdən geniş istifadə etməyi məsləhət görürlər [21].

S.Sriussadaporn et al. (2009) daxilə nüfuz edən yaralanması olan və hemodinamiki stabil 40 xəstədə laparotomiyanın yerinə yetirilməsinin vacibliyi məsələsinin həllində laparosentezin əhəmiyyətini tədqiq etmişlər. Müəlliflər tərəfindən müayinənin müsbət və mənfi nəticələri əsasında metodun həssaslığı və spesifikliyi qiymətləndirilmişdir – uyğun olaraq 100% və 59%, 67% və 100% [25].

R.P. Gonzales et al. (2011) lavaj mayesində eritrositlərin sayından asılı olaraq taktika müəyyən etmişdir. Müəllif qeyd edir ki, əgər lavaj mayesində eritrositlərin sayı $1000/\text{mm}^3$ -dən azdırsa, xəstə stabil hemodinamika ilə evə buraxıla bilər [41].

K.K.Nagy et al. (2013) 2500-dən artıq diaqnostik laparosentez həyata keçirmişlər. Həssaslıq, spesifikliyi və dəqiqliyi uyğun olaraq 95%, 99% və 98% təşkil etmişdir. Buna görə də müəlliflər həm qarnın qapalı, həm də daxilə nüfuz edən zədələnmələri zamanı laparosentezi məsləhət görürlər [42].

Qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələrinin diaqnostikasında rigid endoskopiya münasibətlər ziddiyyətli olmuşdur. Bu onunla əlaqədardır ki, rigid endoskopiya zamanı manipulyasiya bir qayda olaraq müvafiq boşluğun ancaq

diaqnostik baxışı ilə, tək-tək hallarda isə sanasiya, drenləşdirmə, orqanostomiyanın müxtəlif növləri və dinamik baxışları ilə məhdudlanır ki, bu da həmin zamanlarda texnikanın qeyri-təkmilliyi ilə əlaqədar olmuşdur. O dövrlərin təcili laparoskopiyasının əsas vəzifəsi operativ müdaxilə və ya konservativ müalicə tələb edən zədələnmələrin və ya xəstəliklərin differensiasiyası olmuşdur [25].

Bir çox müəlliflərin fikrincə, yaralanmalar və qarının qapalı travmaları zamanı diaqnostik laparoskopiya qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələrinin ağırlıq dərəcəsinin və xüsusiyyətlərinin aparıcı diaqnostika metodudur. Lakin ədəbiyyat mənbələrində ziddiyyətli fikirlər də mövcuddur. Belə ki, B.E.Закурдаев с соавт. (2001) qarının travmaları zamanı 20 laparoskopiya həyata keçirmişlər. Müəlliflər hesab edirlər ki, yaranın lokalizasiyası və onun xarakterini laparoskopiyanın köməyi ilə təyin etmək məntiqli deyildir, bunu laparotomiya vasitəsilə etmək daha asandır. Qarın boşluğunda qan və ya digər patoloji möhtəviyyəti aşkar etmək üçün belə hallarda qeyd olunan mürəkkəb diaqnostik proseduranı rəasional tətbiq etmək məqsədəuyğun sayılmır. Bu məqsədlə ən yaxşısı laparosentezdən istifadə etməkdir, belə ki, laparoskopiyanın diaqnostik dəyəri 95% təşkil etdiyi halda, laparosentezin diaqnostik dəyəri 98%, laparoskopiyanın aparılma vaxtı isə 5-6 dəfə artmış olur [43].

B.B.Хрячков və B.Ю.Подшивалов (2012) lüminessent laparoskopiyadan istifadəni təklif etməklə hesab edirlər ki, onun istifadəsinə əks-göstərişlər həddən artıq məhduddur. Onlar bu siyahıya proseduraya dözülməzliyi, xəstənin həddən artıq ağır vəziyyətdə olmasını, hamiləliyi aid etmişlər [44].

B.M.Буянов с соавт. (2003) hesab edir ki, qarının daxilə nüfuz edən yaralanmaları zamanı təcili laparoskopiya daxili zədələnmələrin ekspress-diaqnostika problemini həll edir və buna görə də diaqnostik laparotomiyaya alternativ hesab oluna bilər, belə ki, o, hər üç haldan birində sonuncudan imtina etməyə imkan verir. Laparoskopiya və laparosentez haqqında belə ziddiyyətli fikirlər klinikaların fərqli təchizatı, travmanın xarakteri və ağırlıq dərəcələrinin fərqli olması ilə əlaqədar ola bilər [45].

Son illərə qədər qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələri zamanı videolaparoskopiyanın tətbiqi qarın boşluğu orqanlarının və peritonarxası sahənin zədələnmələrinin diaqnostikası ilə məhdudlandırdı. Videoendoskopik avadanlıqların, müalicəvi laparoskopik müdaxilələr üçün alətlərin təkmilləşdirilməsi və inkişafı, yeni yerli hemostaz üsullarının meydana çıxması sayəsində daxili orqanların zədələnməsi zamanı endovideoskopik müalicə reallığa çevrilmiş, lakin hələlik geniş klinik tətbiqə nail olmamışdır [25].

Г.А.Баранов (2011) verdiyi məlumata görə, qarının qapalı travmaları zamanı xəstələrin 39,4%-də diaqnostik çətinlik videolaparoskopiyanın köməyi ilə həll edilmiş və xəstələrdə laparotomiya həyata keçirilmişdir. Bu zaman qeyri-informativ müayinələr və səhvlər 0,5% təşkil etmişdir. Müəllif müayinənin nəticələrini daha da yaxşılaşdırmaq məqsədilə kontrol-diaqnostik (dinamik) videolaparoskopiya metodikasını tətbiq etməyi məsləhət görür. Videolaparoskopiyadan və qarın boşluğunun USM-dən istifadə etmək müəllifə praktiki olaraq bütün xəstələr klinikaya daxil olduqdan sonra 1-2 saat ərzində düzgün diaqnoz qoymağa, 65,1% hallarda lazımsız laparotomiyadan çəkinməyə imkan vermişdir [46].

Р.Р.Фаязова с соавт. (2012) verdiyi məlumata görə, endoskopiyadan istifadə etməklə aparılan miniinvaziv texnologiya 82% xəstələrdə erkən topik diaqnoz qoymağa imkan verir [47].

М.И.Бокарев с соавт. (2004) müştərək travma almış 1118 xəstənin müalicəsinin təhlili əsasında belə bir ziddiyyətli fikrə gəlmişlər ki, videolaparoskopiyaya real tələbat 10%-i keçmir, onun aparılması isə travmanın nəticəsinə öz

təsirini göstərə bilər. Onların fikrincə, videolaparoskopiya zamanı səhvlər nəticəsində 44% hallarda lazımsız laparotomiya icra edilmişdir [48].

Xəstələrin bir hissəsində (5-10%) hətta daxili orqanların ağır zədələnmələri olduqda belə, bu zədələnmələrin simptomu olmaya bilər. Məhz bu səbəb qarnın travmaları zamanı diaqnostik laparotomiyanın 100% zəruri olduğunu söyləyənlər üçün ciddi arqument sayılır. Belə ki, В.Р.Замалтдинов с соавт. (2006) verdiyi məlumatlara görə, onlar müalicə olunmuş 561 travmatik mənşəli xəstənin 77,1%-də daxili orqanların zədələnməsinə rast gəlmişlər ki, bu da istənilən, hətta qarın boşluğuna nüfuz edən, nöqtəvi yaralanmalarda da laparotomiyanın aparılmasına bəraət qazandırır [22].

Bəzi müəlliflər qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmalarında ənənəvi cərrahi taktikaya yenidən baxılmasının vacib olduğunu qeyd edirlər. Belə ki, ənənəvi cərrahi taktika yaralanmanın daxilə nüfuz etməsi müəyyən edildikdə laparotomiyanın həyata keçirilməsini nəzərdə tutur.

А.К.Ревской с соавт. (2009) videolaparoskopiyanı qarnın daxilə nüfuz edən odlu silah yaralanmalarında daxili orqanların zədələnmələrini tam istisna etmə metodu kimi cərrahi müalicə alqoritminə daxil etməyi məsləhət görürlər [25].

S.P.Morning et al. (2008) qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmaları zamanı 30 laparotomiyanın məlumatlarını təhlil etmişlər. Müşahidələrin 27%-də əməliyyat diaqnostik xarakter daşmışdır. Letallıq 6,7% təşkil etmişdir. Bu zaman letal nəticələrin heç biri diaqnostik laparotomiyanın aparılması ilə əlaqədar olmamışdır [36]. Uzaq dövrdə (4 il sonra) xəstələrin heç birində aparılan əməliyyatla əlaqədar həyat keyfiyyəti göstəricilərinin pisləşməsi olmamışdır. Bu müəlliflər laparotomiyanın tərəfdarı olduqlarını qeyd edirlər, belə ki, onların fikrincə, digər metodların imkanlarının məhdudluğu səbəbindən daxili orqanların kiçik yaralanmaları nəzərdən qaçırıla bilər.

С.А.Алиев (2009) hesab edir ki, yaranın birincili cərrahi işlənməsi zamanı yoğun bağırsağın açıq zədələnmələrinin aşkarlanması növbəti taktikanın müəyyənləşdirilməsində həlledici əhəmiyyətə malikdir və əgər yara qarın boşluğuna nüfuz edirsə, onda təcili laparotomiyanın aparılması vacibdir [49]. Digər müəlliflərin [25, 45] verdiyi məlumata görə isə əksinə, yeni diaqnostika və müalicə metodlarının istifadəsi yaralanmaların və travmaların nəticələrini yaxşılaşdırmağa imkan verir. Təcili videolaparoskopiya qarındaxili zədələnmələrin ekspress-diaqnostika problemini həll edir. O, lazımsız laparotomiyalardan çəkinməyə imkan verir, bəzi kateqoriyadan olan xəstələrdə isə etibarlı müalicə vasitəsi ola bilər.

Videolaparoskopik diaqnostikaya göstərişlərin müəyyənləşdirilməsi və qarnın zədələnmələrinin müalicə məsələsi aktual problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Bir çox müəlliflərin qeyd etdiyi kimi, daxili orqanların zədələnməsinə şübhə olan zaman və yaralanma daxilə nüfuz edən xarakterdə olduqda videolaparoskopiyanın yerinə yetirilməsi göstərişdir [25, 41].

Videolaparoskopiya qarnın travmaları zamanı diaqnostik spektrin ayrılmaz hissəsi hesab olunmalı, gələcəkdə isə yerli anesteziya altında həyata keçirilməlidir. Hətta diafraqmanın zədələnmələri zamanı videolaparoskopiya yalnız diaqnostik deyil, həm də müalicəvi əhəmiyyətə malikdir.

А.А.Гuth və H.I.Pachter (2008) fikrincə, videolaparoskopiya qarnın travmalarının qiymətləndirilməsində faydalı diaqnostik vasitədir. Belə ki, qarnın açıq zədələnmələri olan xəstələrin 60-80%-də videolaparoskopiya göstəriş olur [50].

В.А.Хальзов с соавт. (2004) qeyd edir ki, qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmaları ilə müalicə alan 61 xəstənin 47-də (77%) videolaparoskopiya laparotomiyadan imtina etməyə imkan vermişdir [25].

Г.Г.Руппель с соавт. (2007) hesab edir ki, qarnın travmaları zamanı videolaparoskopiya aşağıdakı hallarda göstərişdir: qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmasından 2 saat vaxt keçənə qədər müddətdə qəbul olan xəstədə kəskin qarın simptomokompleksinin olmaması; qapalı travma diaqnozuna şübhənin olması; xəsarət alanın alkohol sərxoşluğu vəziyyətində olması [51].

R.J.Simon et al. (2012) 5 il ərzində qarnın travmasına görə müalicə alan 429 xəstədə videolaparoskopiyanın yerinə yetirilmə tezliyini təhlil etmişlər. Onlar qeyd edirlər ki, son illər daxilə nüfuz edən odlu silah yaralanmalarında videolaparoskopiya sayı 8,7%-dən 16%-ə qədər, qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmalarında isə 19,4%-dən 27%-ə qədər artmışdır. Onlar nəticələrin təxminən iki dəfə yaxşılaşmasını da bununla izah edirlər [52].

Y.B.Choi və K.S.Lim (2003) qarnın travmasına görə daxil olmuş stabil hemodinamikaya malik xəstələrdə 78 videolaparoskopiya həyata keçirmişlər. Onlardan 13-ü diaqnostik, qalan 65-i (83%) isə müalicəvi olmuşdur. Heç bir halda konversiyaya ehtiyac olmamışdır. Əməliyyatların orta davamətmə müddəti 142 dəqiqə, stasionarda orta qalma müddəti isə 9,8 gün olmuşdur [53].

И.Г.Довгий (2011) fikrincə, laparoskopiya qarnın daxilə nüfuz edən yaralanmaları olan xəstələrin 1/3-də laparotomiyadan imtina etməyə, torakoabdominal yaralanmalar zamanı isə optimal əməliyyat kəsiyini, əməliyyatın həcmi və əməliyyatın hazırlığı seçməyə imkan verir [54].

Beləliklə, qarın boşluğu orqanlarının zədələnməsinin diaqnostikası və cərrahi müdaxilənin mürəkkəbliyi, bu ağır kontingent xəstələrdə müalicənin nəticələrinin növbəti optimallaşdırılmasının vacibliyini diktə edir. Endovideocərrahiyyənin klinik praktikaya sürətlə tətbiqi bir çox xəstəliklərdə, o cümlədən qarın boşluğu orqanlarının zədələnmələrində cərrahi taktikaya yenidən baxılmasına gətirib çıxarmışdır. Lakin həm qarın, həm də döş boşluğu orqanlarının zədələnmələrində endovideocərrahiyyədən istifadənin vacibliyi məsələsi əvvəlki kimi yenə də müzakirə mövzusu olaraq qalmaqdadır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Евдокимов Е.А. Дорожно-транспортный травматизм и неотложная медицина // Анестезиол. и реаниматол, 2007, 4, с. 4–6.
- 2.Миронов С.П., Кокорина Е.П., Андреева Т.М., Огрызко Е.В. Состояние травматологоортопедической помощи населению Российской Федерации // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова, 2007; 3: 3–10.
- 3.Goris Ra. Trauma Research In Europe // Eur. J. Trauma., 2002; 5 (28): 275–9.
- 4.Гуманенко Е.К., Сингаевский А.Б., Бадалов В.И. Летальность при современной тяжелой сочетанной травме и некоторых терминологических аспектах хирургии повреждений шокогенной травмы и скорой помощи / Сб. Научн. трудов. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им И.И. Джanelидзе. СПб., 2002; 58–63.
- 5.А.М. Хаджибаев, Ш.К. Атаджанов, Б.И. Шукуров, А.Т. Хакимов. Видеолaparоскопия При Сочетанной Травме Живота // Журнал, Верстка. 2009.3.18-20.
- 6.Алимов А.Ф. Исаев Е.П. Сафронов Ю.В. Отлыгин Э.Б. Хирургическая тактика и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме // Хирургия. 2006, 6. с. 34–36.
- 7.Guth AA. Laparoscopy for Penetrating Thoracoabdominal Trauma: Pitfalls and Promises // JSLS (1998)2:123-127
- 8.Nanumantha A, Bayara Reddy N, Pallavi M, Nagarjuna Reddy N. An epidemiological study on pattern of thoraco-abdominal injuries sustained in fatal road traffic accidents of Bangalore: Autopsy Based Study // Narayana Medical Journal, 2012, Vol 1:Issue 2, p.221-231
- 9.Янгиев Р.А., Хаджибаев А.М. Проблемы диагностики повреждений ролых органов при травмах живота и пути их решения // Вестник экстренной медицины, Узбекистан, 2009, №3, с. 89-92.
- 10.Ситников В.Н., Дегтярев О.Л., Бондаренко В.А. Диагностика и лечение травматических повреждений диафрагмы / Современные проблемы науки и образования, 2012, №6, с. 36-40.
- 11.Дегтярев О.Л. Торакоабдоминальные ранения на фоне множественных и сочетанных повреждений / Материалы XIV Съезда Общества Эндоскопических хирургов России. Альманах института А.В. Вишневого. – М., 2011. –Т 6. – № 1. (1) – С. 190.
- 12.Алишихов А. М., Богданов Д. Ю., Матвеев Н. Л. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении торакоабдоминальной травмы // Эндоскопическая хирургия, 2010, №5, с.7.
- 13.Абдулжалилов М. К., Алишихов А. М. Трудности диагностики и выбора хирургической тактики при сочетанных закрытых травмах груди и живота / Второй съезд хирургов ЮФО. Материалы съезда. – Пятигорск, 2009, с.40.

14. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Кукушкин А.В., Сагитова Д.С. Ранения и разрывы диафрагмы при открытых и закрытых повреждениях груди и живота // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 15, №1, с. 90-95.
15. Пугачев А.Н. К оценке результатов лечения сочетанных и множественных травм брюшной полости // *Вестник РУДН, серия Медицина*, 2010, № 2, с.120-122.
16. Чикаев В.Ф., Ибрагимов Р.А., Микусев Г.И., Бондарев Ю.В. Особенности диагностики и лечения пострадавших при сочетанной травме живота // *Вестник современной клинической медицины*, 2013, Том 6, вып. 5, с.149-152.
17. Топчиев М.А., Плеханов В.И., Колегова А.С., Алибеков Р.С. Лечение торакоабдоминальных ранений // *Клиническая медицина. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*, 2011 №4, с.194-196.
18. Мухиддинов Н.Д., Кубачев К.Г., Кукушкин А.В. Повреждения диафрагмы при открытой и закрытой торакоабдоминальной травме // *Здравоохранение Таджикистана*, № 4, 2009, с.45-50
19. Кукушкин А.В. Торакоабдоминальные ранения // *Вестник Ивановской медицинской академии* Т.16, №1, 2011, с.39-45.
20. С.А.Афендулов, М.В.Ковалев. Тактика хирургического лечения торакоабдоминальных ранений // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*, том 2, №3, 2009, с. 214-22,
21. Githaiga J.W. Adwok J.A. Diagnostic peritoneal lavage in the evaluation of abdominal trauma using the dipstick // *East African Medical Journal*. Vol. 79 No 9, 2008, p.457-460.
22. Замалтдинов В.Р., Серый Д.В. Открытые повреждения живота и их характеристики / *Вопросы организации оказания неотложной медицинской помощи в условиях крупного промышленного центра: Тез. науч. работ, конф. Омск, 2006.* - С. 84-87.
23. Спивак В.П., Рубан В.М. Причины и результаты ранних релапаротомий // *Вест. хир.* 2006. - №9. - с. 121 - 124.
24. Александрович Г.Л., Бояринцев Н.И. Клинические аспекты релапаротомии при острой абдоминальной патологии и травме живота // *В кн.: Актуальные вопросы клинической медицины.- Комсомольск-на-Амуре, 2008.- С.65-69.*
25. Корабельников А. И. Вопросы диагностики и лечения открытой травмы живота. *Новгор.гос.ун-т.* 2009, 208 с.
26. Буянов В.М., Перминова Г.И. Роль лапароскопии в диагностике и лечении больных с закрытой травмой органов брюшной полости. / *Сб. труд. М., 2010, с. 17-26.*
27. Корита В.Р. Диагностика и лечение повреждений печени / *Травмы груди и живота. Тезисы докладов зональной научно-практической конференции.* - Хабаровск. -2004.-с. 38-39.
28. Урман М.Г. *Травма живота.* Пермь: ИПК «Звезда», 2003, 259 с.
29. Романенко А.Е. *Закрытые повреждения живота.*- Киев: Здоровья, 2005.-208 с.
30. Матвеев Р.П., Медведев Г.М. *Полиатравма. Организационные и лечебные аспекты – Архангельск, 2006. – 141 с.*
31. Yoshii H, Sato M, Yamamoto S, et al. Usefulness and limitations of ultrasonography in the initial evaluation of blunt abdominal trauma // *J Trauma*. 2008;45:45-51.
32. Савелло В.Е. Неотложная комплексная лучевая диагностика закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства при сочетанной травме живота: Автореф. дис. д-ра мед. наук. -СПб, 2003.-39 с.
33. Soto SN, Forno W. Abdominal vascular injuries: the trauma surgeon's challenge // *Surg Today*. 2011, p.224-231.
34. Udobi K.F, Rodriguez A. Role of ultrasonography in penetrating abdominal trauma: a prospective clinical study. *J Trauma* 2011 ;50:475-479. 48
35. Nicolau A.E. Aeromedical trauma sonography by flight crews with a miniature ultrasound unit. 2011;5(4):399-402.
36. Bain IM, Kirby RM, Tiwari P, et al. Survey of abdominal ultrasound and diagnostic peritoneal lavage for suspected intra-abdominal injury following blunt trauma // *Injury*, 2008 Jan, 29:1, 65-71.
37. Naan, J., Bochicchio, G., Kramer, M. et al. Air following splenic embolization (infection or incidental finding?) // *Am Surg*. 2003; 69: 1036-1039.
38. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. *Повреждения живота.* М: Медицина, 2008, 224 с.
39. Корабельников А.И. Маламудман В.З. Хилай В.А., Водинский Г.Л. Вульнерография в диагностике проникающих ранений живота. *Печ / Молодые ученые и специалисты – ускорению научно-технического прогресса. Караганда, 2009.-с. 93-94.*
40. Метелев Е.В., Двояковский А.А. Некоторые вопросы диагностики повреждений живота // *Лапароскопические вмешательства при острых хирургических заболеваниях живота: сб.работ. СПб., 2007.-С.43-47*
41. Gonzalez RP, Ickler J, Gachassin P. [Complementary roles of diagnostic peritoneal lavage and computed tomography in the evaluation of blunt abdominal trauma.](#) // *J Trauma*. 2011 Dec;51(6):1128-34.
42. Nagy KK, Roberts RR, Joseph KT, et al. Experience with over 2500 diagnostic peritoneal lavages // *Injury* 2013;31:479-82
43. Закурдаев, В.Е. Сравнительная оценка лапароскопии и лапароцентеза в диагностике травм живота // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова.* 2001. - №2. - С.56-58.
44. Хрячков В.В., Подшивалов В.Ю. Люминесцентное исследование органов и систем. – Новосибирск: Наука, 2013. – 171 с.
45. Буянов В.М., Балалыкин А.С. Современная лапароскопия в неотложной хирургии // *Экстренная хирургия органов брюшной полости: Тр. 2-го МОЛГМИ. Т. 75. Сер. "Хирургия. Вып. 16. М., 2003, с. 11-14.*
46. Баранов, Г. А. Основные вопросы рутинной лапароскопии в экстренной хирургии / *Докл. IV Всерос. съезда по эндоскоп, хир. М., 2011. - 80 с.*
47. Фаязов Р.Р. Оптимизация методов диагностики, хирургического лечения и профилактики осложнений травматических абдоминальных повреждений: дис. . д-ра мед. наук. Уфа, 2012. - 375 с.
48. Бокарев М.И., Молитвословов А.Б., Сергеев С.В. и др. Лапароскопия в диагностике повреждений живота // *Хирургия.* – 2004, №5, с.45-50.
49. Алиев С.А. Салахов З.А. Огнестрельные ранения толстой кишки // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2009, №1, с. 14-19.
50. Guth AA, Pachter HL. Laparoscopy for penetrating thoracoabdominal trauma: pitfalls and promises // *JSLs*. 2008 Apr-Jun;2(2):123-127.
51. Руппель Г.Г., Лазарь А.М., Тарабарин С.А. Диагностическая лапароскопия при повреждениях живота // *Хирургия* 2007. - №6. - С.26-28.
52. Simon R.J. , Rabin J., Kuhls D. Impact of increased use of laparoscopy on negative laparotomy rates after penetrating trauma // *J. Trauma*, 2012. 53:297-302 .
53. Choi Y.B., Lim K.S. Therapeutic laparoscopy at a trauma of a stomach // *Surg. Endosc.*- 2003 .- Vol. 17 .- P. 421-427.

54. Довгий И.Г. Лапароскопия в устранении послеоперационной кишечной непроходимости. В кн.: Ошибки, опасности, ранние и поздние осложнения абдоминальных операций. Хабаровск. -2011.-с. 143-146.

Daxil olub: 8.09.2016.



* ORJİNAL MƏQALƏLƏR * ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ *
* ORIGINALS *

XOLEDOXOLİTİAZ MƏNŞƏLİ MEXANİKİ SARILIĞIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİNİN YAŞILAŞDIRILMASININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ.

Tağıyev E.Q.

***Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlik kafedrası,
Bakı.***

Giriş. Hepatopankreatoduodenal zona üzvlərinin bir sıra onkogen və qeyri-onkogen xəstəlikləri zamanı meydana çıxan mexaniki sarılıq (MS) biliar cərrahliğin aktual və tam həllini tapmamış problemlərindən biri olaraq qalır. Xoşxassəli MS-nin səbəbləri içərisində xolelaxolitiya 80,8% hallarda təsadüf edilir [1].

Öd yollarının keçməzliyi fonunda öd hipertenziyası, xolestaz və xolemiya qaraciyərdə dərin morfofunksional dəyişikliklərə, endogen intoksikasiyaya, immunsupressiyaya, sitokin disbalansına, qaraciyərin disfunksiyasına və çatmazlığına gətirib çıxarır [2,3,4].

Belə bir vəziyyət isə xolelaxolitiya mənşəli MS zamanı daha erkən dövrdə diaqnozun qoyulmasını, adekvat müdaxilə taktikası və biliar dekompressiya üsulu seçimini, əməliyyatdansonrakı dövrdə aparılan intensiv terapiya tədbirlərinə patoloji prosesin əsas patogenetik həlqlərini, qaraciyər disfunksiyasının (QD), immunsupressiyanın, sitokin disbalansının və endogen intoksikasiyanın dərinliyini nəzərə almaqla kompleks yanaşmağı, aşkarlanan pozğunluqlara qarşı daha səmərəli müalicə tədbirlərinin işlənilməsi və klinik tətbiqini tələb edir. Bu sadalanan məsələlərin həlli isə diaqnostik-müdaxilə taktikasının optimallaşdırılması, əməliyyatdansonrakı dövrdə kompleks bazis müalicə tədbirləri çərçivəsində immun və sitokin statusunda, qaraciyərin funksiyasında baş verən dəyişiklikləri patogenetik cəhətdən əsaslandırılmış farmakoloji tənzimləməklə mümkündür.

İşin məqsədi. Qeyri səliss modul əsasında fərdi müdaxilə taktikası seçiminin, ronkoleykinlə istiqamətlənmiş sitokinoterapiyanın və hepatoproteksiyanın xolelaxolitiya mənşəli MS-nin kompleks müalicəsinin nəticələrinə səmərəliliyinin öyrənilməsidir.

Material və metodlar. Bu məqsədlə aparılmış tədqiqatlar xolelaxolitiya mənşəli MS diaqnozu ilə cərrahi əməliyyat keçirmiş 250 xəstəni əhatə edir. 250 xəstədən 148-i (59,2%) qadın, 102-i (40,8%) isə kişi olmuşdur. Xolelaxolitiya mənşəli MS-ə 16-84 yaşlarda təsadüf edilsə də, xəstələrin orta yaş həddi $53,1 \pm 1,1$ il olmuşdur və yaşı 60-dan yuxarı şəxslərə 42,0% hallarda rast gəlinmişdir. 133 xəstədə (53,2%) sarılığın müddəti 3 sutkaya qədər, 68-də (27,2%) – 4-7 sutka, 33-

də (13,2%) – 8-14 sutka və 16-da (6,4%) isə 14-17 sutka arasında olmuşdur. Xəstələrdə öd daşı ilə xəstələnmə müddəti 1-36 il intervalında olsa da 135 nəfərdə (54,0%) bu müddət 10 ildən çox olmuş və yalnız 32 xəstədə (12,8%) ilk dəfə aşkarlanmışdır. Xəstələrdə qaraciyərin disfunksiyası (QD) dərəcələri qanda xolestaz markerlərinə (ümumi bilirubinin səviyyəsi və qələvi fosfataza aktivliyi) və hepatositlərin sitoliz göstəricilərinə (alaninamino-transferaza və aspartatamino-transferaza aktivliyi) əsasən təyin edilmişdir: I dərəcəli QD – 80 (qanda ümumi bilirubin 50 mkmol/l-ə qədər), II dərəcəli QD – 49 (qanda ümumi bilirubin 50-100 mkmol/l-ə qədər), III dərəcəli QD – 43 (qanda ümumi bilirubin 100-200 mkmol/l-ə qədər) və IV dərəcəli QD – 40 (qanda ümumi bilirubin 200 mkmol/l-dən çox) olmuşdur və 38 xəstədə isə MS irinli xolangit (İX) ilə ağırlaşmışdır. TG07 (the Tokyo Guidelines) diaqnostik meyarlarına əsasən 23 xəstəyə yüngül, 12-ə orta ağırlıqlı və 3-ə isə ağır dərəcəli İX diaqnozu qoyulmuşdur.

Xoledoxolitiaz və MS-ə 129 xəstədə (51,6%) kəskin daşlı xolesistit (KDX), 106-da (42,4%) – xroniki daşlı xolesistit (XDX) və 13-də isə postxolesistektomik sindrom fonunda baş vermişdir.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə aparılan konservativ terapiyanın növündən asılı olaraq tədqiqatlar iki qrup xəstələrdə aparılmışdır. I qrupa (müqayisə qrupu) 120 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə əməliyyatdansonrakı dövrdə immuntən-zimlənməsiz ümumən qəbuledilmiş bazis konservativ terapiya aparılmışdır. II qrupa (əsas qrup) daxil olan 130 xəstədə QD-nin dərəcəsi, ikincili immunchatmazlığın və sitokin disbalansının dərinliyi, eləcə də İX-nin olması nəzərə alınmaqla ümumən qəbuledilmiş bazis konservativ terapiya tədbirləri fonunda insanın İL-2 rekombinantı – ronkoleykinlə istiqamətlənmiş sistem sitokinterapiyası (SST) və hepтрalla hepatoproteksiya aparılmışdır: I dərəcəli QD-da (41 xəstə): 400 ml fizioloji məhlulda 250.000 BV ronkoleykin damcı üsulu ilə venaya gūnaşırı, cəmi 2 dəfə + gündə bir dəfə 200 mq hepтрal - 7 gün; II dərəcəli QD-da (25 xəstə): venaya 500.000BV ronkoleykin gūnaşırı cəmi 2 dəfə + gündə bir dəfə 400 mq hepтрal - 10 gün; III dərəcəli QD-da (22 xəstə): venaya 1.000.000 BV ronkoleykin, gūnaşırı cəmi 2 dəfə + gündə bir dəfə 400 mq hepтрal - 14 gün; IV dərəcəli QD-da (21 xəstə): venaya 1.000.000BV ronkoleykin gūnaşırı, cəmi 3 dəfə + gündə 2 dəfə 400 mq hepтрal - 14 gün; İrinli xolangitlərdə (21 xəstə): venaya 1.000.000 BV ronkoleykin gūnaşırı, cəmi 3 dəfə + 50m fizioloji məhlulda 1.000.000 BV ronkoleykin damcı üsulu ilə 3 saat müddətində xoledoxdaxilinə, gūnaşırı cəmi 3 dəfə (preparatın venaya və xoledoxa vurulması növbələşdirilir) + gündə 2 dəfə 400 mq hepтрal - 14 gün. Ronkoleykinin bioloji aktivliyinin itirilməsinin qarşısının alınması məqsədi ilə məhlula 10%-li insan zərdabı albumini əlavə edilmişdir: 250.000 BV ronkoleykinə - 4 ml, 500.000 BV-ə 6 ml və 1.000.000 BV-yə 8 ml.

250 xəstədən 18-də (7,2%) duodenoskopiyada konkrementin böyük duodenal məməcikdə (BDM) boğulması (I qrupda -7, II qrupda – 11), 8 xəstədə (3,2%) BDM-in stenozuna (I qrupda – 3, II qrupda – 5) və 12 xəstədə isə (4,8%) xoledoxun terminal hissəsinin stenozuna (I qrupda - 4, II qrupda – 8) təsadüf edilmişdir.

Əməliyyatönü dövrdə 80 xəstədə (32,0%) biliar pankreatit, xolestatik hepatit, qaraciyər çatmazlığı, biliar sirroz, Mirizzi sindromu, yerli və yayılmış peritonit kimi ağırlaşmalar olmuşdur (I qrupda – 33, II qrupda – 47). Həmçinin, I qrupda 48, II qrupda isə 41 xəstədə müxtəlif yanaşı somatik xəstəliklərə aşkarlanmışdır (ürək-damar patologiyası, şəkərli diabet, III-IV dərəcəli piylənmə və s.).

Klinikaya daxil olan xəstələrinə ağırlığı universal inteqral SAPS II şkalası üzrə qiymətləndirilərək 80 nəfərin vəziyyətinin yüngül (I qrupda – 39, II – 41), 92-

nin – orta ağırlıqlı (I qrupda – 45, II qrupda – 47) və 78-nin isə ağır (I qrupda – 36, II qrupda – 42) olduğu müəyyən edilmişdir. Həmçinin, xəstələr sistem iltihabi reaksiya sindromu (SİRS) nöqtəyi - nəzərindən də qiymətləndirilmişdir və 250 xəstədən 94-də (37,6%) SİRS əlamətləri olmamışdır. SİRS-in aşkarlandığı 156 xəstədən isə bir meyarı 78 xəstədə (I qrupda – 37, II qrupda – 41), 2 meyarı 66 xəstədə (I qrupda – 28, II qrupda – 38) və 3 meyarı 12 xəstədə (I qrupda – 5, II qrupda – 7) olmuşdur. SİRS-in 2 və daha çox meyarı olan 67 xəstəyə biliar sepsis və 11 xəstəyə isə ağır biliar sepsis diaqnozu qoyulmuşdur.

ASA təsnifatı üzrə anestezioloji - əməliyyat riski 81 xəstədə I dərəcəli (I qrupda – 39, II qrupda 42), 67-də - II dərəcəli (I qrupda – 32, II qrupda – 35), 59-da – III dərəcəli (I qrupda – 28, II qrupda – 31) və 43-də - IV dərəcəli (I qrupda-21, II qrupda -22) qiymətləndirilmişdir.

Periferik qanda dinamikada əməliyyata qədər və əməliyyatdansonrakı 1, 3, 7 və 14-cu sutkada limfositlərin fenotip tərkibi (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺ və CD19⁺) monoklonal antitellərin köməyi ilə qeyri-düzünə immunofluoressensiya üsulu ilə təyin edilmiş, CD4⁺/CD8⁺ nisbəti hesablanmış, qranulositar neytrofillərin faqositar aktivlik göstəricisi olan faqositar ədədi (FƏ) öyrənilmişdir. Humoral immunitet göstəriciləri olan zərdab immunoqlobulinlərinin (İgA, M, G) və dövredən immunkompleksin (DİK) səviyyəsi də dinamikada qiymətləndirilmişdir.

Sitokin balansının vəziyyəti də əməliyyataqədər və əməliyyatdansonrakı dövrdə 1, 3, 7 və 14-cu sutkalarda qan zərdabında iltihablehinə (TNF α , İFN γ , İL-2, İL-6) və iltihabəleyhinə (İL-4, İL-10) sitokinlərin konsentrasiyası İFA üsulu ilə təyin edilməklə qiymətləndirilmişdir. Həmçinin, qaraciyər toxumasında TNF α və İL-6, axar ödündə TNF α , İL-4, İL-6 və sidikdə İL-6 miqdarı da öyrənilmişdir. İltihablehinə və iltihabəleyhinə sitokinlərin nisbəti indeksi TNF α /İL-10 və İL-2/İL-4 formulları ilə hesablanmışdır.

Həmçinin, xəstələrdə dinamikada qanın ümumi və biokimyəvi analizi ilə yanaşı qaraciyərin funksional vəziyyəti göstəriciləri – ümumi bilirubin və onun fraksiyaları, alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), qələvi fosfataza (QF) və qammaqlutamintransferaza (QQT) öyrənilərək, ALT/AST nisbəti (Di Rittis əmsalı) hesablanmışdır.

Endogen intoksikasiya marketlərindən olan orta molekullu pentidlərin (OMP) miqdarı qan zərdabında və öddə B.В.Николайчук с соавт. (1971) üsulu ilə təyin edilməklə yanaşı, qanda dinamikada ümumi zülal, albuminin ümumi (AÜK) və effektiv konsentrasiyası (AEK), qalıq azot, sidik cövhəri və kreatinin səviyyəsi də öyrənilmişdir.

15 praktik sağlam şəxsin analoji göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür.

Tədqiqatın gedişində alınan nəticələr variasion statistika və Uilkokson-Manna-Uutni meyarından istifadə edilməklə qeyri-parametrik üsullarla SPSS-20 proqramından istifadə edilməklə işlənmişdir. Alınmış nəticələrin müqayisəsi və qiymətləndirilməsi məqsədi ilə müqayisə qrupunda “Şanslar nisbəti” (ŞN) və bu göstəricinin 95%-li etibarlılıq intervalı hesablanmışdır. Bütün hesablamalar MS EXCEL-2010 elektron cədvəlinin köməyi ilə aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Aparılmış tədqiqatlar xoledoxolitiaz mənşəli MS diaqnozu ilə klinikaya daxil olan xəstələrdə immunitetin T-həlqəsində CD3⁺ - miqdarının, CD4⁺ potensialının, CD4⁺/CD8⁺ nisbətinin və neytrofillərin faqositar aktivliyinin azalması, immunitetin humoral həlqəsində isə CD19⁺ limfositlərin miqdarının artması fonunda plazmada A, M, G immunoqlobulinlərin səviyyəsinin və DİK konsentrasiyyasının artması ilə xarakterizə olunan immunsupressiya halı müəyyən edilmişdir. İstər immunitetin T-həlqəsində, istərsə də B-həlqəsində baş verən kombinə olunmuş bu dəyişikliklərin dərinliyi QD-nin dərəcəsindən və İX-dən birbaşa asılı olur: QD-nin dərəcəsi artdıqca, eləcə də İX

olan hallarda immunsupressiya halı da dərinləşir [3,16,17,18]. Ümumilikdə xəstələrdə TNF α miqdarı axar ödünün ilk porsiyasında onun qandakı və əməliyyat vaxtı götürülmüş qaraciyər toxumasındakı konsentrasiyasından çox olmuşdur. Bu xəstələrdə İL-6 konsentrasiyası isə normadan qanda 2,1 dəfə (P<0,001), qaraciyər toxumasında 12,5 dəfə (P<0,001), sidikdə isə 12,9 dəfə (P<0,001) çox, axar ödünün ilk porsiyasında isə 57,5 \pm 5,1 pkq/ml olmaqla qaraciyər toxumasında qanda və sidikdə olan səviyyəni ötmüşdür. Ümumilikdə xəstələrdə xoledoxdan götürülmüş axar ödünün ilk porsiyasında TNF α , İL-6 və İL-4 konsentrasiyası qan zərdabında bu sitokinlərin miqdarından çox olmuşdur. Ümumilikdə xəstələrin qan zərdabında norma ilə müqayisədə statistik dürüst TNF α miqdarı 2,3 dəfə, İFN γ – 42,1%, İL-6 – 2,1 dəfə, İL-4 – 66,9% və İL-10 – 78,7% çox, əksinə İL-2 konsentrasiyası 15,7% az olmuşdur. İster lokal, istərsə də sistem səviyyəsində sitokin statusunda baş verən bu disbalansın dərinliyi QD-nin dərəcəsi və İX-dən asılı olmuşdur. Sitokin disbalansı özünü həmçinin iltihabəleyhinə və iltihabəleyhinə sitokinlərin nisbəti indeksinin QD-nin dərəcələrindən və İX-dən asılı olaraq dəyişməsi ilə də göstərir [5,6,7]. Həmçinin, sitokinlərin axar ödündə və qan zərdabında miqdarı öd kisəsindəki iltihabın xarakterindən və öd kisəsindəki iltihabın morfoloji formasından da asılı olur [5,8]. Xoledoxolitiaz mənşəli MS olan xəstələrdə endogen intoksikasiya əməliyyatını dövrə ümumilikdə plazmada OMP miqdarının normaya nisbətən 89,9% (P<0,001), kreatininin – 70,9% (P<0,01), sidik cövhərinin – 3,0 dəfə (P<0,001), qalıq azotun – 2,4 dəfə (P<0,001) yüksəlməsi, əksinə ümumi zülalın – 11,9% (P<0,01), AÜK-in – 31,0 % (P<0,001) və AEK-in – 41,3 % (P<0,001) azalması və əməliyyat vaxtı götürülmüş axar ödündə OMP-nin 1,71 \pm 0,06 q/l olması ilə xarakterizə olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, ümumilikdə bu xəstələrdə əməliyyatını dövrə normadan ümumi bilirubin miqdarı 9,2 dəfə (P<0,001), sərbəst bilirubin – 9,4 dəfə, (P<0,001), birləşmiş bilirubin – 9,2 dəfə (P<0,01), ALT – 13,6 dəfə (P<0,001), QF – 6,6 dəfə (P<0,001) və QQT – 19,1 dəfə (P<0,001) yüksək həddə qalxmışdır. Endogen intoksikasiyanın və qaraciyərin funksional göstəricilərində müşahidə edilən dəyişikliklər QD-nin dərəcələri artdıqca və İX olduqda daha da dərinləşmişdir və QD-nin bütün dərəcələrində OMP-nin axar ödündəki miqdarı onun plazmadakı səviyyəsini xeyli üstələmişdir [3,9].

I qrupun I dərəcəli QD ilə olan xəstələrində daxil olarkən normaya nisbətən statistik dürüst CD3⁺ - limfositlərin 18,5%, CD4⁺ - 26,8%, CD8⁺ - 4,3%, CD4⁺/CD8⁺ - 23,0%, F Θ - 31,7% azalmış, əksinə CD19⁺ - hüceyrələrin 12,1%, İgA- 21,4%, İgM-44,0%, İgG-24,6% və DİK – 2,4 dəfə artmış miqdarı əməliyyatdan sonrakı dövrdə müdaxilədən 3 sutka sonra normallaşmağa doğru istiqamətlənsə də müşahidənin sonuna heç bir göstərici normallaşmır. Bu xəstələrdə əməliyyatını dövrə norma ilə müqayisədə statistik dürüst TNF α konsentrasiyası 93,6%, İFN γ - 11,5%, İL-4 – 37,7%, İL-6 – 46,5%, İL-10 – 36,5% çox, lakin İL-2 səviyyəsi isə statistik qeyri-dürüst 5,9% az olmuşdur. Əməliyyat zamanı götürülmüş axar ödünün ilk porsiyasında TNF α miqdarı 82,4 \pm 3,0 pkq/ml, İL-4 – 43,5 \pm 6,0 pkq/ml və İL-6 – 48,3 \pm 7,2 pkq/ml səviyyəsində olması müəyyən edilmişdir. Cərrahi müdaxilədən sonra ilkin dövrlərdə aparılan ənənəvi bazis terapiyi fonunda qanda iltihabəleyhinə və iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarı artsa da, TNF α , İFN γ , İL-6 və İL-10 səviyyəsi 3-cu sutkadan, İL-2 və İL-4 isə 7-ci sutkadan etibarən azalmağa istiqamətlənir, lakin tədqiqatın sonuna heç bir sitokin miqdarı normal səviyyəyə yaxınlaşmır. Əməliyyatdan sonrakı dövrün 7-ci sutkasında axar ödündə TNF α , İL-4 və İL-6 konsentrasiyası azalaraq müvafiq olaraq 40,6 \pm 9,2 pkq/ml-ə, 29,4 \pm 5,7 pkq/ml-ə və 24,4 \pm 4,2 pkq/ml-ə bərabər olur. Həmçinin I qrupun QD-nin I dərəcəsi olan xəstələrində stasionara daxil olarkən normaya nisbətən AST miqdarı 4,3 dəfə (P<0,001), ALT – 6,7 dəfə (P<0,001),

QQT-8,1 dəfə ($P<0,001$), QF-3,9 dəfə ($P<0,001$), ümumi bilirubin – 3,4 dəfə ($P<0,001$), birləşmiş bilirubin – 3,4 dəfə ($P<0,001$), sərbəst bilirubin – 3,6 dəfə ($P<0,001$), OMP- 23,6% ($P<0,001$) çox, AÜK – 18,9% ($P<0,001$) və AEK – 30,5% az olur və cərrahi müdaxilədən sonra kompleks ənənəvi terapiya fonunda dinamikada azalaraq normaya bir qədər yaxınlaşa bilər.

Əsas qrupun (II qrup) QD-nin analoji ağırlıq dərəcəsində olan xəstələrində ronkoleykinlə istiqamətlənmiş SST fonunda hepтрalla hepatoproteksiya müşahidənin sonuna $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$ hüceyrələrin və FƏ səviyyəsini, eləcə də hər üç sinif immunoqlobulinlərin konsentrasiyasını demək olar ki, tam normallaşdıraraq, DİK miqdarını ilkin göstəricidən 33,2% ($P_0<0,001$) aşağı endirə bilər. Əməliyyatdansonrakı dövrün 14-cü sutkasında bu xəstələrdə qan zərdabında İFN γ , İL-2 və İL-4 səviyyəsi demək olar ki, normallaşdığı halda, TNF α , İL-6 və İL-10 konsentrasiyası isə normaya tam yaxınlaşır. Axar öhdündə TNF α , İL-4 və İL-6 miqdarı əməliyyatdansonrakı 7-ci sutkada I qrupdakı xəstələrin analoji göstəricilərindən statistik durust müvafiq olaraq 22,9%, 27,3% və 44,1% az olur. II qrupda SST fonunda hepatoproteksiya QD-nin I dərəcəsində müşahidənin sonuna I qrupdakı analoji göstəricidən OMP miqdarını 25,4% ($P_1<0,01$), QQT-ni 44,4% ($P_1<0,001$) aşağı endirməklə AÜK, AEK, bilirubin və onun funksiyalarını, ALT, AST və QF səviyyəsini normallaşdırır [2, 9, 13, 14, 27].

I qrupun QD-nin II dərəcəsi olan xəstələrində əməliyyatönü dövrdə normadan statistik dürüst $CD3^+$ - limfositlərin 40,7%, $CD4^+$ - 50,5%, $CD8^+$ - 24,0%, $CD4^+/CD8^+$ - 35,4%, FƏ – 47,0% az, əksinə $CD19^+$ hüceyrələrin 37,7%, İgA – 77,0%, İgM-69,5%, İgG-44,3% və 4,1 dəfə çox olan DİK miqdarı əməliyyatdansonrakı dövrdə bir qədər normallaşma istiqamətində dəyişir. Lakin müalicənin 14-cü sutkasında sağlam şəxslərin göstəricilərinə nisbətən statistik dürüst $CD3^+$ - limfositlərin səviyyəsi 25,6%, $CD4^+$ - 31,4%, $CD8^+$ - 15,8%, FƏ – 31,5% aşağı, əksinə $CD19^+$ - hüceyrələrin miqdarı – 19,9%, İgA-30,9%, İgM – 34,0%, İgG-21,1% və DİK – 2,7 dəfə çox hədlərdə qalır. I qrupda II dərəcəli QD zamanı əməliyyatönü dövrdə qanda normadan TNF α miqdarı 2,2 dəfə ($P<0,001$), İFN γ - 42,2% ($P<0,001$), İL-6 – 82,6% ($P<0,001$), İL-4 – 75,0% ($P<0,001$), İL-10 – 75,1% ($P<0,01$) çox, lakin İL-2 – 14,4% ($P<0,05$) az olsa da, cərrahi müdaxilədən sonra ənənəvi konservativ müalicənin sonunda sitokin disbalansını aradan qaldıra bilmir. Belə ki, 14-cü sutkada TNF α konsentrasiyası normaya nisbətən 99,1% ($P<0,001$), İFN γ - 60,8% ($P<0,001$), İL-6 – 2,9 dəfə ($P<0,001$), İL-4 – 2,0 dəfə ($P<0,001$), İL-10 – 2,3 dəfə ($P<0,001$) çox, İL-2 miqdarı isə ilkin göstəricidən 35,1% ($P_0<0,001$) yüksək hədlərdə qalır. Həmçinin, bu xəstələrdə cərrahi müdaxilə və ənənəvi kompleks bazis terapiya əməliyyatdansonrakı dövrdə dinamikada endogen intoksikasiya və qaraciyərin funksional göstəricilərinə müsbət təsir göstərsə də, öyrənilən göstəricilər normadan əhəmiyyətli dərəcədə uzaq hədlərdə qalır.

II qrupda QD-nin II dərəcəsində cərrahi müdaxilədən və kompleks ənənəvi konservativ terapiya tədbirlərinə ronkoleykinin və hepтрalın daxil edilməsi öyrənilən göstəricilərə dinamikada normallaşmağa doğru daha erkən pozitiv təsir göstərir. Belə ki, müşahidənin sonuna ilkin göstəriciyə nisbətən $CD4^+$ - limfositlərin miqdarı 38,5% ($P_0<0,001$), $CD4^+$ - 40,8% ($P_0<0,001$), $CD8^+$ - 35,2% ($P_0<0,001$), FƏ – 52,1% ($P_0<0,001$) artır, əksinə $CD19^+$ - hüceyrələrin səviyyəsi 17,5% ($P_0<0,01$), İgA – 30,2% ($P_0<0,001$) İgM – 33,4% ($P_0<0,001$), İgG – 20,7% ($P_0<0,001$) və DİK – 64,1% ($P_0<0,001$) azalır. Həmçinin, ronkoleykinlə SST sitokin profilinin yerli sə sistem göstəricilərinə dinamikada daha pozitiv təsir göstərərək sitokin disbalansının aradan qalxmasına əhəmiyyətli dərəcədə sürətləndirir. Digər tərəfdən ronkoleykin fonunda hepтрalın kompleks bazis müalicəyə daxil edilməsi müalicənin sonuna I qrupdakı analoji göstəricilərlə müqayisədə qanda OMP miqdarını 25,4% ($P_1<0,01$), QQT – 50,1% ($P_1<0,01$), QF-ni – 35,9% ($P_1<0,05$),

ümumi bilirubini – 19,4% ($P_1 < 0,05$), ALT-ni – 56,6% ($P_1 < 0,001$), AST-ni – 41,6% ($P_1 < 0,01$) azaldaraq və AEK səviyyəsini 18,7% ($P_1 < 0,001$) artıraraq normaya daha çox yaxınlaşdırır.

QD-nin dərəcələri artdıqca immun və sitokin statusunda, qaraciyərin funksional göstəricilərində baş verən dəyişikliklər daha da artdığından və endogen intoksikasiya dərinləşdiyindən istər QD-nin III və IV dərəcələrində, istərsə də MS IX ilə ağırlaşan xəstələrdə müqayisəli qiymətləndirmə əməliyyatdansonrakı dövrdə ənənəvi kompleks terapiya fonunda ronkoleykinin və heptralin öyrənilən göstəricilərə daha səmərəli təsir göstərdiyini təsdiqləyir [13]. Belə ki, tədqiqatın 14-cu sutkasında QD-nin IV dərəcəsinə I qrupun xəstələrindəki göstəricilərə müqayisədə ronkoleykinlə SST TNF α konsentrasiyasını 34,0% ($P_1 < 0,001$), İNF γ – 35,5% ($P_1 < 0,01$), İL-4 – 38,4% ($P_1 < 0,05$), İL-6 – 47,7% ($P_1 < 0,001$), İL-10 – 50,2% ($P_1 < 0,001$) azaldaraq İL-2 miqdarını sağlam insanlardakı səviyyəyə tam yaxınlaşdırır. Bu xəstələrdə axar ödündə cərrahi müdaxilənin 7-ci sutkasında I qrupla müqayisədə TNF α , İL-4 və İL-6 miqdarı müvafiq olaraq statistik dürüst 44,0%, 40,0% və 53,8% az olur.

Xoledoxolitiaz mənşəli MS olan xəstələrdə tərəfimizdən işlənib hazırlanmış diaqnostik – müalicə alqoritmi daha erkən dövrdə dürüst diaqnoz qoymağa, əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların baş verməsi riskinin qeyri-səlis modul əsasında qiymətləndirilməsi yolu ilə fərdi müdaxilə taktikasının, eləcə də hər bir xəstə üçün onun ağırlıq vəziyyəti, yaşı, QD-nin dərəcəli, SİRS-in olması və ASA dərəcələri nəzərə almaqla fərdi müalicə taktikasının tətbiqi daha yaxşı nəticələr əldə etməyə imkan vermişdir [14, 15].

Cərrahi müdaxilə keçirmiş 250 xəstədən 156-da (62,4%) birnərhələli və 94-də (37,6%) iki mərhələli müdaxilə aparılmışdır. Birmərhələli müdaxilə 117 xəstədə (75,0%) açıq, 26-da (16,7%) – laparoskopik və 13-də (8,3%) – azinvaziv üsullarla aparılmışdır. Açıq əməliyyatlarda 78 xəstədə xolesistektomiya, xoledoxotomiya və xoledoxun xaricə drenajlanması, 33-də xolesistektomiya, xoledoxotomiya ilə birgə xoledoxoduodenostomiya və 6-da isə xolesistektomiya, xoledoxolitomiya ilə birgə xoledoxoyeyunoanastomozun qoyulması aparılmışdır. 26 xəstədə endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST) və laparoskopik xolesistektomiya (LXE) icra edilmiş əvəllər xolesistektomiya keçirmiş 13 xəstədə isə EPST aparılmaqla xoledoxdakı daşlar xaric edilmişdir .

İkimərhələli müdaxilələrdə birinci mərhələdə biliar dekompressiya 62 xəstədə EPST, 12-də EPST+ stentin qoyulması, 14-də isə EPST və mexaniki ekstraksiya yolu ilə aparılmış, 6 xəstəyə isə bu məqsədlə perkutan xoleangiostoma qoyulmuşdur. İkinci mərhələdə 68 xəstədə (72,3%) laparoskopik və 26-da (27,7%) laparotom əməliyyatlar aparılmışdır.

Ümumilikdə cərrahi müdaxilə keçirmiş 250 xəstədən 36-da əməliyyatdan sonrakı dövrdə müxtəlif ağırlaşmalar olmuşdur: 5 spesifik və 31 – qeyri-spesifik. II qrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyatdansonrakı dövrdə ənənəvi bazis terapiya tədbirləri ilə birgə ronkoleykinlə istiqamətlənmiş SST və heptralla hepatoproteksiya əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların sayını I qrupdakı 21,7%-dən 7,7%-ə endirməyə, irinli – iltihabi ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyini isə 3,1 dəfə azaltmağa imkan verməklə alınan nəticələrə müsbət təsir göstərmişdir. Belə ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə 13 xəstədə (5,2%) ölüm olmuşdur: I qrupda – 10 (8,3%) və II qrupda – 3 (2,3%). Qeyd etmək lazımdır ki, QD-nin dərəcələri, SAPS II şkalası üzrə xəstələrin ağırlıq dərəcəsi və SİRS meyarlarının sayı artdıqca ölüm hallarının sayının da artması müşahidə edilir. Ölümə ən çox xolangion sepsis fonunda təsadüf edilmişdir (9 xəstədə).

Nəticələr

1. Xoledoxolitiaz mənşəli mexaniki sarılıq zamanı immunsupressiyanın və sitokin disbalansının dərinliyi, qaraciyərin funksional göstəricilərinin və endogen intoksikasiyanın səviyyəsi qaraciyərin disfunksiya dərəcəindən və irinli xolangit kimi ağırlaşmadan birbaşa asılı olur.

2. İmmunsupressiya və sitokin disbalansının dərinliyini, eləcə də qaraciyər disfunksiyasının dərəcələrini nəzərə almaqla əməliyyatdansonrakı dövrdə ənənəvi konservativ terapiya kompleksinə insanın İL-2 rekombinantı – ronkoleykinin və hepatoprotector heptralın fərdi və fərqli dozada daxil edilməsi immun homeostazdakı supressiya halını və sitokin disbalansını daha erkən dövrdə tənzimləməyə, endogen intoksikasiyanın dərinliyini azaltmaqla, qaraciyərin funksional göstəricilərinin normallaşmasını sürətləndirməyə, öd yollarındakı iltihabi prosesi daha tez aradan qaldırmağa və beləliklə də, cərrahi müalicənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir.

3. Tərəfimizdən işlənib hazırlanmış diaqnostika – müalicə alqoritmi xəstələrə daha erkən və qısa müddətdə diaqnoz qoymağa, fərdi müalicə və müdaxilə taktikası əsasında vaxtında əməliyyatlar aparmağa, əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların qeyri-səlis məntiq əsasında qeyri-səlis modulun köməyi ilə proqnozlaşdırılması müalicə taktikasını optimallaşdırmağa, fərdi adekvat biliar dekompressiya üsulu seçməyə, yüksək əməliyyat riski olan xəstələrdə mərhələli müdaxilənin nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa, sitokirlərin səviyyəsinin müxtəlif biomühitlərdə müqayisəli öyrənilməsi əməliyyatdansonrakı dövrün klinik gedişini qiymətləndirməyə, baş verə biləcək ağırlaşmaları proqnozlaşdırmağa və qabaqlayıcı adekvat tədbirlər görməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ничитайло М.Е., Годлевский А.И., Саволук С.И. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения осложненных форм неопухоловой обтурационной желтухи. Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX Юбилейный Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, Донецк, 18–20 сентября 2013 г., с. 123.
2. Hacıyev C.N, Tağıyev E.Q., Quliyev M.R, Hacıyev N.C. Xoledoxolitiaz mənşəli mexaniki sarılığın cərrahi müalicəsi zamanı hüceyrə immuniteti vəziyyətinin dinamikada qiymətləndirilməsi. Cərrahiyyə, № 2, 2015, səh. 51-54.
3. Tağıyev E.Q. Obturasion sarılıqda endogen intoksikasiyanın vəziyyəti. Azərbaycan Təbəbatının müasir nailiyyətləri. Rüblük elmi-praktik jurnal, 2015, № - 1, səh. 96-99.
4. Гнатюк М.С., Кліш І.М., Галей М.М. Морфологічні зміни печінки та їх кореляція при змодельованій обтураційній жовтяниці. // Шпитал. хірургія. - 2008. - № 4. - С. 78-82.
5. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Багиров Г.С., Гаджиев Н.Дж. Динамика цитокинов в сыворотке крови и желчи у пациентов с механической желтухой и гнойным холангитом неопухолового генеза. Хирургия журнал им. Н.И. Пирогова № 4, Москва, 2016, ст. 15-20.
6. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. Состояние цитокинового статуса у больных с механической желтухой доброкачественного генеза. Хирургия журнал им. Н.И. Пирогова, № 5, Москва, 2015, ст. 56-58.
7. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. Сравнительная оценка содержания интерлейкина-6 в ткани печени, протоковой желчи, сыворотка крови и моче у больных с обтурационной желтухой доброкачественной этиологии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2016. № 1. с. 33-38.
8. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. Сравнительная оценка некоторых цитокинов в сыворотке крови и желчи у больных острым калькулезным холециститом. Хірургія України, -2013, - № 1, - с. 62-65.
9. Tağıyev E.Q. Xoşxassəli obturasion sarılıq zamanı qaraciyərin funksional vəziyyəti. Azərbaycan Təbəbatının müasir nailiyyətləri. Rüblük elmi-praktik jurnal, 2015, № - 2, səh. 66-69.
10. Hacıyev C.N, Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C., və baş., Xoşxassəli mexaniki sarılıq zamanı orta molekullu peptidlərin qan zərdabında və öddə diaqnostik-proqnostik əhəmiyyəti. Azərbaycan Təbəbatının müasir nailiyyətləri. Rüblük elmi-praktik jurnal, 2016, №-2, səh. 99-104.
11. Tağıyev E.Q. Xoledoxolitiaz mənşəli xolestaz zamanı heptralın hepatoprotektiv aktivliyi. Cərrahiyyə, 2016, № 2, səh. 55-60.
12. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. Влияние ронколейкина на баланс цитокинов при комплексном лечении обтурационной желтухи неопухолового генеза. Клінічна хірургія, України, 2016, - № 2, - с. 24-27.
13. Hacıyev C.N, Tağıyev E.Q., M.H. Əliyev, Hacıyev N.C. İrinli xolangitin kompleks müalicəsinin müasir prinsipləri. Sağlamlıq № 5, 2016, səh. 54- 59.
14. Hacıyev C.N, Tağıyev E.Q., Şıxlinskaya R.Y., Hacıyev N.C. Xoledoxolitiaz mənşəli mexaniki sarılıqlı xəstələrdə qeyri-səlis məntiq əsasında əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların riskinin qiymətləndirilməsi və fərdi cərrahi müdaxilə taktikası seçimi. Cərrahiyyə, 2016, № 4, səh. 13-19.

15. Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Hacıyev N.C., Rzayev T.M. Xoledoxolitiaz mənşəli mexaniki sarılıq zamanı diaqnostik və cərrahi taktikanın optimallaşdırılması. Azərbaycan Tibb Jurnalı, № 4, 2016, səh. 66-72.
16. Tağıyev E.Q. Qeyri-onkogen mənşəli obturasion sarılıqda hüceyrə immunitetinin vəziyyəti. Sağlamlıq № 2, 2015, səh. 181-185.
17. Tağıyev E.Q. Xoledoxolitiaz mənşəli mexaniki sarılıq zamanı immun statusun vəziyyəti. Sağlamlıq № 4, 2015, səh. 52-55.
18. Tağıyev E.Q. Xoşxassəli obturasion sarılığı olan xəstələrdə humoral immunitetinin vəziyyəti. Azərbaycan Tibb Jurnalı, № 1, 2015, səh. 88-92.
19. Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. Направленная цитокино-терапия в комплексном лечении больных с механической желтухой желчнокаменного генеза. Вестник Хирургии им. И.И. Грекова, 2016, Том 175, №4, - с. 67-70.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНОГО ГЕНЕЗА.

Тагиев Э.Г.

Кафедра общей хирургии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку.

В статье анализируются результаты хирургического лечения 250 больных с механической желтухой (МЖ) холедохолитиазного генеза в зависимости от степени печеночной дисфункции (ПД). Степень ПД установлена с учетом маркеров холестаза и цитолиза гепатоцитов. В группу сравнения включены 120 больных, которые в послеоперационном периоде получали общепринятую комплексную терапию без иммунокоррекции. У 130 больных основной группы в послеоперационном периоде на фоне комплексных лечебных мероприятий дополнительно применяли системную цитокинотерапию (СЦТ) ронколейкином и гепатопротектора гептрала в дифференцированной дозе с учетом глубины иммуносупрессии и степени ПД. У всех больных в крови до операции на 1, 3, 7 и 14^е сутки операции определяли показатели иммунитета (СД3⁺, СД4⁺, СД4⁺/СД8⁺, СД19⁺, IgA, M, G, ФЧ, ЦИК), про- и противовоспалительных цитокинов (TNF α , IFN γ , IL-2, IL-6, IL-6, IL-10), функциональные показатели печени (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, общий билирубин и его функции), а также показатели эндогенной интоксикации (СМП, ОКА, ЭКА, креатинин, остаточный азот, мочевины). У больных также определяли содержание TNF α , IL-4 и IL-6 – в протоковой желчи, а IL-6 и в моче.

В целом у больных обеих групп при поступлении было выявлено нарушение в иммунитете, цитокиновом балансе и функциональных показателях печени, глубина которого зависела от степени ПД и наличие гнойного холангита. Полученные результаты показали высокую эффективность местного и системного применения ронколейкина в сочетании с гепатопротектором гептрала при комплексном лечении МЖ доброкачественной этиологии.

Ключевые слова: Холедохолитиаз, механическая желтуха, цитокины, ронколейкин.

SUMMARY

MODERN ASPECTS OF IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE ASSOCIATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

Tagiyev E.G.

Department of General Surgery of Azerbaijan Medical University, Baku.

In this article is analyzed the results of surgical treatment of 250 patients with obstructive jaundice (OJ) associated with choledocholithiasis, depending on the degree of hepatic dysfunction (HD). The degree of HD was established taking into account the markers of cholestasis and cytolysis of hepatocytes. To the comparison group was included 120 patients who received postoperative conventional therapy without immune complex. In 130 patients of main group in postoperative period, on background of complex therapeutic measures has applied systemic cytokine therapy (SCT) with Ronkoleukine and hepatoprotector Heptral in differentiated dose, taking into account the depth and degree of HD and immunosuppression. In all patients prior to surgery and in 1, 3, 7 and 14th day after operations was determined the indicators of immunity (CD3+, CD4+, CD4+ / CD8+ SD19+ IgA, M, G, CIC), pro- and anti-inflammatory cytokines (TNF α , IFN γ , IL-2, IL-6, IL-6, IL-10), liver function indicators (ALT, AST, alkaline phosphatase, GGT, total bilirubin and its fractions) in the blood, as well as indicators of endogenous intoxication (MMP, OKA, ECA, creatinine, residual nitrogen, urea). In patients were also determined TNF α , IL-4 and 6 - in bile duct and IL-6 and urine.

Generally, in patients of both groups on admission was found disturbances of immunity, cytokine balance and functional liver indicators, the depth of which depends on degree of HD and the presence of purulent cholangitis. The results showed high efficiency of local and systemic use of Ronkoleukin and hepatoprotector Heptral in complex treatment of obstructive jaundice benign etiology.

Keywords: choledocholithiasis, jaundice, cytokines, roncoleukin.

elman.tagiyev@mail.ru

Daxil olub: 1.02.2017.

DÜZ BAĞIRSAĞIN MUKOZAL PROLAPSİNİN VƏ HEMORROİDAL DÜYÜNLƏRİN DÜŞMƏSİNİN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNİN NƏTİCƏLƏRİ

İmanova S.S.

***Azərbaycan Tibb Universiteti I-cərrahi xəstəliklər kafedrası,
Bakı, Azərbaycan.***

Giriş. Düz bağırsağın sallanması ümumi cərrahi xəstəliklərin 0,2-0,9%-i, prtoktoloji xəstəliklərin isə 3-5%-ni təşkil edir [1,2]. Kişilərlə müqayisədə qadınlarda 6 dəfə artıq rast gəlinir (80%) [3]. Uşaqlarda, adətən 4 yaşa qədər müşahidə olunur [4]. Hemorroidal düyünlərin düşməsi əsasən üçüncü və dördüncü dərəcəli babasildə müşayət olunur [2].

Düz bağırsağın sallanmasına görə cərrahi əməliyyatlardan sonra ağırlaşmaların tezliyi 23%, residivlərin tezliyi 38%, anal inkontinensiyanın tezliyi 19%-dir [5]. Hemorroidal düyünlərin düşməsi ilə əlaqədar aparılmış cərrahi əməliyyatlardan sonra ağırlaşmaların tezliyi 5%, residivlərin tezliyi 12%, anal sfinkter çatmazlığının ağır dərəcələrinin (II-III) tezliyi 3%-dir [6]. Bu nəticələr xəstələri və cərrahları daim narahat etdiyindən düz bağırsağın distal hissəsinin cərrahlığının təkmilləşdirilməsi istiqamətində intensiv tədqiqatlar davam etməkdədir.

İşin məqsədi. Düz bağırsağın mukozal və hemorroidal prolapsı olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi 2010-2015-ci illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrasında 125 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələrin 80-i qadın (64%), 45-i kişi (36%) olmuş, yaş hədləri 30-dan 65-ə qədər təşkil etmişdir (cədv. 1). Cədvəldən göründüyü kimi təcrid olunmuş sallanma xəstəliyi ən çox 36-45 (40,6% və 43,1%), qarışıq prolaps isə 46-50 yaşlar (47,8%) arasında müşahidə olunmuşdur

Cədvəl № 1.*Müxtəlif tip mukozal və hemoroidal prolapslı xəstələrin yaş tərkibi*

Yaş	Patologiya			Cəmi	
	Mukozanın sallanması	Hemorroid-lərin düşməsi	Qarışıq prolaps	Müt	
30-35	8 (21,6%)	15 (23,1%)	-	23	18,4
36-45	15 4(0,6%)	28 (43,1%)	9 (39,1%)	52	41,6
46-50	11 (29,7)	10 (15,3%)	11(47,8%)	32	25,6
50-dən yuxarı	3 (8,1%)	12 (18,5%)	3 (13,1%)	18	14,4
Cəmi	37 (100%)	65 (100%)	23 (100%)	125	100

Anamnestik məlumatlar toplandıqdan sonra perianal nahiyəyə baxılmış, digital müayinə, yanaşı patologiyaları təsdiq və ya inkar etmək, həmçinin əməliyyat riskini qiymətləndirmək məqsədi ilə rutin instrumental-laborator müayinələrdən (EKQ, ExoKQ, Rh-ji müayinələr və b.) sonra rektoromanoskopiya, fibrokolonoskopiya, defekoqrafiya, endorektal USG və pelvik MRT müayinələri aparılmışdır. Klinik nəticələrə təsir edəcək kolonun, rektumun və çanağın yanaşı xəstəlikləri (qeyri-spesifik xorali kolit, divertikul xəstəliyi (divertikulyoz), şiş xəstəlikləri, pararektal fistullar və s.) olan xəstələr tədqiqata daxil edilməmişdir.

Statistik analiz. Tezlik, kəmiyyət və faiz göstəriciləri, orta arifmetik kəmiyyətlə öyrənilmiş, Pirso–nun korrelyasiya indeksi (χ^2) hesablanmışdır. Fekal və anal inkontinensiya dərəcəsi Wexner bal şkalası ilə qiymətləndirilmişdir [7].

Diaqnostika prosesi tamamlandıqdan sonra xəstələrdə aşağıdakı klinik mənzərə (şək. 1 və 2) əlamətlər (cədvəl 2) aşkar edilmişdir.

Cədvəl № 2.*Rektal və hemoroidal sallanma olan xəstələrdə klinik əlamətlər və onların rastgəlmə tezliyi*

Əlamətlər	Xəstələrin sayı (n=125)	%
Prolaps	125	100
Qanaxma	87	70
Nəcis sızıntısı	75	60
Defekasiyanın pozulması	100	80
Tenezmlər	110	88
Ağrı simptomu	121	97
Natamam boşalma hissi	21	17
Fekal inkontinensiya	2	1,6
Urinar inkontinensiya	6	4,8

Əməliyyatönü hazırlıq dövründə tullantısız qidalanma təyin edilmiş, əməliyyatdan 1 gün əvvəl və əməliyyat günü yoğun bağırsağ “Hydrocolon” sistemi ilə təmiz maye alınana qədər yuyulmuş, əməliyyat günü venadaxili antibiotik (Ceftriaxon – 1,0 və Metronidazol 500 mq -100 ml) yeridilmişdir. Riskli, kök və oturaq həyat tərzini keçirən xəstələrdə ambulator qaydada antibiotikoqramın ciddi təqibi şəraitində antikoagulyant terapiyaya aparılmışdır.

Bütün əməliyyatlar episakral və ya spinal anesteziya altında xəstələrin əməliyyat masasında “ginekoloji vəziyyətdə” uzanması şəraitində eyni koloproktoloqlar briqadası (bəzi hallarda briqadanın 2- və 3-cü iştirakçıları

dəyişmişdir) tərəfindən yerinə yetirilmişdir. Rektumun mukozal sallanması olan 15 xəstədə(40,6%) transanal excision əməliyyatı icra edilmişdir: prolaps olunan mukoza dişli xətdən 1-1,5 sm proksimal hissədə sirkulyar kəsilmiş, distal selikli qişa xaric edilmiş və hemostatik tikişlər qoyulmuşdur.

Zəif, mülayim simptomlar olan 10 xəstədə (27,0%) skleroterapiya (submukozal nahiyəyə sklerozlaşdırıcı preparat inyeksiyası) aparılmışdır: mukoza anseptik məhlullarla təmizləndikdən sonra submukozal nahiyəyə 7-8 nöqtədə qn lokal olaraq anestetik məhlul (5%-li fenol məhlulu) yeridilmişdir. Saat siferblatının 3, 7 və 11 istiqamətlərində sklerozlaşdırıcı preparat inyeksiyası mütləqdir.

7 xəstədə (18,9%) transanal rektopeksiya əməliyyatı icra edilmişdir: anal nahiyə antiseptik məhlulla təmizləndikdən sonra mukoza daraq xəttinə kimi təqribən 2 sm uzunluğunda 2/0 vikril sapla rektopeksiya edilmişdir.

5 xəstədə(13,5%)sallanmış hemorroidlərin kəsəlməmiş mukoza ilə birgə bant liqasiyası üsulu tətbiq olunmuşdur.

Rektumun mukozal sallanması olan xəstələrin cərrahi müalicə üsulları 3 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Cədvəl № 3.

Rektumun mukozal sallanması olan xəstələrdə icra edilmiş cərrahi əməliyyat üsulları

Cərrahi əməliyyat üsulları	Əməliyyatların sayı	%
Transanal excision	15	40,6
Submukozal skleroterapiya	10	27,0
Düyünlərin band liqasiyası	5	13,5
Transanal rektopeksiya	7	18,9
<i>Cəmi</i>	37	100%

Hemorroidal düyünlərin düşməsinə görə xəstələrdə aşağıdakı cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir (cədvəl 4).

Cədvəl № 4.

Hemorroidal düyünlərin düşməsinə görə icra edilmiş cərrahi əməliyyat üsulları

Cərrahi əməliyyat üsulları	Əməliyyatların sayı	%
Qapalı hemorroidektomiya (Ferguson əməliyyatı)	31	47,7
Withehead əməliyyatı	13	20,0
Açıq hemorroidektomiya	21	32,3
<i>Cəmi</i>	65	100%

Cədvəldən göründüyü kimi 31 xəstədə (47,7%) xəstədə qapalı, 21-də (32,3%) açıq (Milliqan-Morqan üsulu ilə) hemorroidektomiya, 13-də (20,0%) isə Withehead əməliyyatı icra olunmuşdur.

Qarışıq tip sallanma olan xəstələrdə transanal rektopeksiya və Ferguson üsulu hemorroidektomiya əməliyyatları yerinə yetirilmişdir (cədvəl 5).

Əməliyyatdan sonrakı ilk 2 saat ərzində bütün xəstələrə venadaxili metronidazol və III nəsil sefalosporin qrupu preparatı yeridilmiş, həmin müalicə 3-4 gün davam etdirilmişdir. Oral qidalandırılmaya əməliyyatdan 6 saat sonra keçilmişdir. Rasion tullantı əmələ gətirməyən qidalardan ibarət olmuşdur.

Cədvəl № 5.

Qarışıq tip sallanmalara görə icra edilmiş cərrahi əməliyyat üsulları

Cərrahi əməliyyat üsulları	Əməliyyatların sayı	%
Transanal rektopeksiya+ Ferguson üsulu ilə hemorroidektomiya	13	56,5
Transanal rektopeksiya+ açıq hemorroidektomiya	10	43,5
<i>Cəmi</i>	23	100%

Əməliyyatdan sonrakı yatış günləri 3 gündən 7 günə qədər (ortalama $4,8 \pm 0,25$) çəkmişdir. Erkən ağırlaşmalara (yaradan qanaxma, əməliyyat yarasının irinləməsi, tikiş tutarsızlığı) nəzarət edilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi Xəstəliyin davam etmə müddətləri 1,5 ildən 12 ilə qədər (ortalama $3,5 \pm 0,8$ il) olmuşdur. 22 xəstə bu əməliyyata görə 1, 4-ü 2 dəfə cərrahi əməliyyat olunmuşdur.

Ümumilikdə yara qanaxması 7 (%), irinləmə - 12 (%), tikiş tutarsızlığı - 9 (%) xəstədə rast gəlməmişdir. Qanaxma erkən ikincili tikişlərlə dayandırılmış, irinləmə və tikiş tutarsızlığı hadisələri yerli konservativ müalicə hesabına aradan qalxmışdır. Ümumi infeksiya 2 xəstədə (pnevmoniya-1, xroniki bronxitin kəskinləşməsi - 1) rast gəlməmiş, həmin xəstələr pulmonoloqlar tərəfindən uğurla konservativ müalicə olunmuşdur.

Uzaq nəticələrin təhlili zamanı rektumunmukozal sallanması olan 3 (8,1%) və hemorriadal prolapsı olan xəstələrin 2-də (3,0%) residiv baş vermişdir. Həmin xəstələrdə təkrar əməliyyatlar (mukozal sallanma olan xəstələrdə - transanal eksiziya əməliyyatı, hemorroidlərin düşməsinə görə Withehead əməliyyatı) icra edilmişdir. Qarışıq tipli xəstələrdə residiv hadisələri olmamışdır. Letal nəticə rast gəlməmişdir.

Düz bağırsağın və onun selikli qişasının düşməsi qabarıq, əzabverici klinik simptomları (diareya, nəcisin saxlanılmaması, qəbizlik, rektal qanaxmalar, selik ifrazı və şişkinliyin (yad cisim hissi) olması), əmək qabiliyyətinin və həyat keyfiyyətinin düşməsi görə xəstələri ciddi narahat edir və cərrahi müalicəyə ciddi əsaslar yaradır. Cərrahi müalicənin məqsədi prolapsı korreksiya etməklə funksional pozğunluqları aradan qaldırmaqdır. Bu baxımdan qarın və aralıq əməliyyatları kimi 300-ə qədər korreksiyaedici, bərpaedici-rekonstruktiv cərrahi əməliyyatlar təklif edilmişdir. Qarın əməliyyatlarının residivlərinin azlığı, xüsusilə gənc insanlarda yüksək funksional nəticələri (qadınlarda fertilliyə, kişilərdə cinsi funksiyaya minimal təsirlər) qeyd edilir. Lakin residiv hadisələrində qarın cərrahlığının texniki imkanları azalır. Bu baxımdan aralıq əməliyyatlarının əhəmiyyəti artır [8].

Son illərdə cərrahi koloproktologiyaya, prolaps cərrahlığına laparoskopik texnologiyaların daxil olmasına baxmayaraq [9,10]. aralıq girişlərinin əhəmiyyəti azalmamışdır. Çünki bu əməliyyatların yüksək riskli və yüksək BÇİ xəstələrdə, sinir zədələnməsi ehtimalı və abdominal cərrahiyyənin residivləri zamanı tətbiqi xeyli məqsədə müvafiqdir. Lakin çoxsaylı randomizə olunmuş tədqiqatlar (Dolores, Deliver, Danimarka sınağı və b.) bu və ya digər cərrahi müalicə üsülünün inandırıcı üstünlüklərini müəyyən etməyə imkan verməmişdir [11,12].

Aralıq əməliyyatları təhlükəsizdir, yerli (regional) anesteziya altında, o cümlədən yanaşı xəstəlikləri olan xəstələrdə müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilə bilər.

Nəticələr:

1. Mukozal prolapsı olan xəstələrdə əlverişli nəticələrinə görə transanal excision və transanal rektopeksiya əməliyyatlarının icrası daha məqsədəuyğundur.

Bu əməliyyatlardan sonra erkən ağırlaşmaların tezliyi 3%, residivlərin tezliyi isə 8%-dir.

2. Qapalı hemorroidektomiya əməliyyatından sonra yara səthi kiçik olduğu üçünsəğalma erkən müddətlərdə baş verir. Yerli irinli ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi olduqca aşağı olur (0,3%).

3. Qarıışıq tipli prolapsı olan xəstələrdə transanal rektopeksiya və hemorroidektomiya əməliyyatlarının eynimomentli icrasının nəticələri daha effektivdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Mohamed MO., [Walid Maem](#), [Yosry SG](#). Delorme's operation plus sphincteroplasty for complete rectal prolapse associated with traumatic fecal incontinence //Biomed Res. 2015 Jul; 29(4): 326–331. Published online 2015 Mar 1. doi: [10.7555/JBR.29.20140080](#)
- 2.Beck D, Roberts P., Rombeau J, et. al., Bening Anorektal. Hemoroids. Springer. 2009. -p 225-59
- 3.Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM. Rectal Prolapse: An Overview of Clinical Features, Diagnosis, and Patient-Specific Management Strategies //J Gastrointest Surg. 2014;18(5):1059–1069. [[PubMed](#)]
- 4.[Sooho L](#), [Bong-Hyeon K](#), [Hyung-Jin K](#), et. al., Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: Does It Still Have It's Own Role? //J Korean Soc Coloproctol. 2012 Feb; 28(1): 13–18. Published online 2012 Feb 29. doi: [10.3393/jksc.2012.28.1.13](#)
- 5.Hoel AT, Skarstein A, Ovrebo KK. Prolapse of the rectum, long term results of surgical treatment //Int J Colorectal Dis. 2009;24(2):201–207. [[PubMed](#)]
- 6.Mahmoud SA, Omar W, Abdel-Elah K. Delorme's Procedure for Full-Thickness Rectal Prolapse; Does it Alter Anorectal Function //Indian J Surg. 2012;74(5):381–384. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- 7.Agachan F, Reissman P, Pfeifer J, et. al., Comparison of three perineal procedures for the treatment of rectal prolapse //South Med J. 1997;90:925–932. [[PubMed](#)]
- 8.[Placer C.](#), [Enriquez-Navascués J.M.](#), [Timoteo A.](#), et. al., Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: A Study of Recurrence Patterns in the Long Term. Published online 2015 Dec 10. doi: [10.1155/2015/920154](#) //Surg Res Pract. 2015; 2015: 920154
- 9.Samaranayake CB, Luo C, Plank AW, et. al., Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception //Colorectal Disease. 2010;12(6):504–512. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01934.x. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)];
- 10.D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse //British Journal of Surgery. 2004;91(11):1500–1505. doi: 10.1002/bjs.4779. [[PubMed](#)][[Cross Ref](#)]
- 11.Lee S, Kye BH, Kim HJ, Delorme's procedure for complete rectal prolapse: does it still have it's own role? //Journal of the Korean Society of Coloproctology. 2012;28(1):13–18. doi: 10.3393/ jksc. 2012. 28.1.13. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
- 12.Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults //Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;(4) CD 001758 [[PubMed](#)]

РЕЗЮМЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ПРОЛАПСА ПРЯМОЙ КИШКИ

Иманова С.С.

Кафедра хирургических болезней-I АзМедУниверситета, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: Ректальный пролапс, геморрой, пролапс слизистой прямой кишки.

Изучены результаты диагностики и хирургического лечения ректального мукозального пролапса, выпадения геморроидальных узлов и их сочетания у 125 больных обоего пола. Возраст больных колебался от 30 до 65 лет. В диагностике предпочтение было отдано инструментальным методам исследования (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, эндоректальное УЗИ, МР-дефекография). Выявлено, что чаще всего и наиболее прогрессивно пролапс встречается у женщин после 36 лет. Среди хирургических методов преимущественно использованы промежностные операции, которые отличались меньшими послеоперационными осложнениями, благоприятными отдаленными функциональными результатами (снижение частоты рецидивов,

степени фекальной и уринарной инконтиненции) и улучшением качества жизни больных.

SUMMARY

TREATMENT OF MUCOSAL RECTAL AND HEMORRHOID PROLAPSE

Imanova S. S.

Azerbaijan Medical University, I Department of Surgical Diseases, Baku.

Keywords: prolapsus rekti, mucosal prolapse, hemorrhoids

We studied the results of diagnosis and surgical treatment of rectal mucosal prolapse, prolapse of hemorrhoids and their combination in 125 patients of both sexes. Age of patients ranged from 30 to 65 years. The preference in diagnosis was given to instrumental methods of investigation (sigmoidoscopy, fibrocolonoscopy, endorectal ultrasound, MR-defecography). It was revealed that prolapse is most often and progressive in women after 36 years. Among surgical methods we mostly applied perineal operations that result in less postoperative complications, favorable long-term functional outcomes (decrease of recurrence rate, degree of fecal and urinary incontinence) and improving the quality of life of patients.

Daxil olub: 15.12.2016.

DÜZ BAĞIRSAQ XƏRÇƏNGİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ RADIOTERAPIYANIN YERİ

Əzimov E.H.

I cərrahi xəstəliklər kafedrası, ATU.

Düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində radikal cərrahi yanaşma əsas müalicə üsulu hesab edilir [1,2]. Tək başına cərrahi müdaxilələrin aparılması lokal residivlərin meydana çıxmasına, bəzən isə müdaxilələri aparmağın mümkünsüzlüyünə gətirib çıxarır [5]. Lokal residivlərin müalicəsi isə bəzən heç mümkün olmur. Əməliyyatdan əvvəl aparılmış radioterapiya lokal residivlərin qarşısını ala biləcək yeganə müalicə metodudur[3]. Düz bağırsağ xərçənginin müalicəsində əməliyyatdan əvvəl aparılmış radiokimyaterapiya və total mezorektumektomiya bütün dünyada artıq geniş istifadə edilməyə başlanmışdır [1, 2, 4]. Cərrahi müalicəyə adyuvand kimyaradioterapiyanın əlavə edilməsinin 3 əsas anlamı var: lokal residivi azaltmaq, lokal irəli törəmələri kiçildərək operabl vəziyyətə salmaq, aşağı yerləşmiş törəmələridə sfinkter qoruyucu cərrahiyyə şansını artırmaq[3, 4, 5]. Şərh edəcəyimiz məqalədə lokal residivlərin və törəmələrin kiçilməsində radio kimyaterapiyanın rolu araşdırılmışdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi düz bağırsağın müxtəlif şöbələrinin adenokorsinoması diaqnozu qoyulmuş 75xəstənin müayinə və müalicəsi nəticələrinin araşdırılmasına əsasən aparılmışdır. Xəstələrdən 35qadın 40-ı isə kişi olmuşdur. Yaş həddi 19-78 arasında dəyişmişdir. Törəmənin mərhələsi TNM sisteminə əsasən qiymətləndirilmişdir. Əməliyyatdan öncə törəmənin yeri üst (27xəstə), orta (25xəstə), alt (23xəstə) rektum olaraq göstərilmişdir. Üst rektum törəmələrinə rekmosiqmoidol nahiyənin törəmələri də daxil edilmişdir. Xəstələrdən

5-i T₁ mərhələsində, 17-si T₂ mərhələsində, 33-ü T₃ mərhələsində, 20-si isə T₄ mərhələsində olmuşdur. Hesab edirik ki, əməliyyatdan öncə rektumun üst, orta və alt hissələrə bölünməsi MRT dəyərləndirmədə əhəmiyyəti olsa da, əməliyyat zamanı törəmənin yerinin müəyyən edilməsində peritonal büküş xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

Cədvəl № 1.*Xəstələrin TNM sistemina əsasən bölünməsi*

TNM	Törəmənin yerləşdiyi yer (üst, orta və aşağı rektum)	Xəstələrin sayı	
T ₁ N ₀ M ₀	Üst rektum	3	2
	Orta rektum		1
	Aşağı rektum		-
T ₁ N ₁ M ₀	Üst rektum	2	1
	Orta rektum		1
	Aşağı rektum		-
T ₂ N ₀ M ₀	Üst rektum	7	2
	Orta rektum		2
	Aşağı rektum		3
T ₂ N ₁ M ₀	Üst rektum	5	1
	Orta rektum		3
	Aşağı rektum		1
T ₂ N ₂ M ₀	Üst rektum	4	1
	Orta rektum		2
	Aşağı rektum		1
T ₃ N ₀ M ₀	Üst rektum	17	5
	Orta rektum		8
	Aşağı rektum		4
T ₃ N ₁ M ₀	Üst rektum	14	6
	Orta rektum		4
	Aşağı rektum		4
T ₃ N ₁ M ₁	Üst rektum	2	1
	Orta rektum		1
	Aşağı rektum		-
T ₄ N ₁ M ₀	Üst rektum	6	1
	Orta rektum		2
	Aşağı rektum		3
T ₄ N ₂ M ₀	Üst rektum	8	3
	Orta rektum		1
	Aşağı rektum		4
T ₄ N ₂ M ₁	Üst rektum	3	2
	Orta rektum		-
	Aşağı rektum		1
T ₄ N ₁ M ₁	Üst rektum	4	2
	Orta rektum		-
	Aşağı rektum		2

Bu baxımdan törəmənin yerinin müəyyən edilməsində biz peritonal büküşün üzəri və altı və peritonal büküşlə rektosiqmadal xəttə qədər olan məsafədə yerləşmiş törəmələri ayrıca qeyd etmişik. Üst rektumda törəmə qeyd edilmiş 27

xəstədə və orta rektumda törəmə qeyd edilmiş 6 xəstədə ön rezeksiya, alt rektumdada törəmə qeyd edilmiş 23 xəstədə və orta rektumda törəmə qeyd edilmiş 19 xəstədə aşağı ön rezeksiya icra edilmişdir. Xəstələr TNM sistemində əsasən aşağıdakı kimi bölünmüşlər (cədvəl 1).

Orta rektumda T_1 və T_2 mərhələsində olan 6 xəstədə ön rezeksiya icra edilmişdir. Orta rektumda T_3 və T_4 mərhələsi qeyd edilmiş 16 xəstədə daha aqressiv əməliyyat olan aşağı ön rezeksiya aparılmışdır. T_1 və T_2 mərhələsində olan 3 xəstədə aşağı ön rezeksiya aparılmışdır (aşağı differensasiya adenokarsinoma). Alt rektumda qeyd edilmiş T_1 və T_2 mərhələsində olan 4 xəstədən 3-də şiş aşağı differensasiya dərəcəsinə 1-də isə orta differensasiya dərəcəsinə olmuş xəstələrin hamısında aşağı ön rezeksiya əməliyyatı icra edilmişdir.

Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən 7-də qaraciyər metastazı qeyd edilmişdir. Bu xəstələrə əməliyyatdan öncə radioterapiya aparılmamışdır.

Tədqiqatın nəticəsi müzakirəsi. Ədəbiyyat məlumatlarına və şəxsi müşahidəmizə əsasən deyə bilərik ki, limfa düyünü pozitiv olan istənilən halda əməliyyatdan öncə radiokimya terapiyası verilməlidir. $T_3 N_0 M_0$ və $T_4 N_0 M_0$ abdominopereneal rezeksiya düşünülmə hallarda da mövcud protokollar neodyuvant terapiya edilməlidir.

Biz praktik asan olsun deyə düz bağırsağı 2 hissəyə bölmüşük: 1) levatorüstü hissə 2) levatoraltı hissə. Levator üstü hissəni 3yarımhissəyə ayırmışıq: üst rektum, orta rektum, aşağı rektum. Alt rektum və orta rektumun çox hissəsi peritoneal büküşün altında yerləşir. Orta rektumun cuzi hissəsi və üst rektum peritoneal büküşün üzərində yer almışdır. Biz peritoneal büküşün də təsnifatda adının çəkilməsini faydalı hesab edirik. Tədqiqatımızda levatoraltı bölgənin törəmələrinə toxunmamışıq. Biz əməliyyatdan əvvəl radiokimya terapiyanın aparılmasında qısa müddətli İsveç protokolundan və uzun müddətli (İngiltərə protokolundan) istifadə etmişik.

Bütün kolorektal xərçəng mərkəzlərində $T_{3a} N - T_4$ törəmələr lokal irəli şişlər olaraq qiymətləndirirlər. T_3 və T_4 törəmələrdə neoadyuvant müalicəyə birbaşa göstəriş vardır. Əgər bu törəmələr neoadyuvant müalicə olmadan rezeksiya olunarsa əməliyyatdan sonra mütləq adyuvant müalicə almalıdırlar. Tədqiqatlar göstərir ki, əməliyyatdan əvvəl verilmiş radioterapiya zamanı lokal residivlər və radioterapiyaya bağlı toksiki təsir daha az rast gəlinir. MRT müayinəsi zamanı $T_3 M_0$ kimi qiymətləndirilən törəmələrdə ideal müalicə mövzusunda mübahisəli məsələlər mövcuddur. Belə ki, T_3 törəmələr heterogendir. T_{3c} və T_4 şişlərdə proqnoz daha pisdır. Digər bir önəmli nöqtə $T_3 N_0$ kimi qiymətləndirilən xəstələrin (cəmi 17 xəstə), 4-də (23.5%) əməliyyatdan sonra patoloji dəyərləndirmədə limfa düyünü pozitiv olaraq göstərilmişdir. Odur ki, hesab edirik ki, $T_3 N_0 M_0$ törəmələrdə əməliyyatdan öncə mütləq radioterapiya aparılmalıdır. Biz T_1 və T_2 limfa düyünü pozitiv olan 11 xəstədə də radioterapiya aparılmışdır. Mezorektal fassiyaya invaziya etmiş pasiyentlərdə (cəmi 15 xəstə) dairəvi cərrahi sərhəddin neqativliyinin şübhə altına düşəcəyi ehtimalı olduğundan bu qrup xəstələrə də əməliyyatdan öncə uzun müddətli radiokimya terapiya aparılmışdır.

Neoadyuvant müalicədə qısa müddətli İsveç protokolundan (25Çy x5 fraksion) xəstə və lokal irəli rektum törəmələri ($T_3 N_1 - T_4$) alt rektum şişlərində uzun müddətli kimyaterapiya (28 xəstə) kursundan istifadə edilmişdir.

$T_{3a} N_1 - T_4$ törəmələrinin standart müalicəsi preoperativ kimya uzun müddətli radioterapiya ardınca cərrahi müalicədir. İnkomplekt rezeksiya edilmiş (tam rezeksiya edilməmiş) və mikroskopik olaraq şiş toxuması qalmış (bizim müşahidələrimizdə 13 xəstədə) xəstələrdə əməliyyatdan sonra postoperativ radioterapiya aparılmışdır. Bu xəstələrdən 7-də ilk 23 ayda lokal residiv qeyd

edilmiş, sağqalma ilk 5ildə 41% olmuşdur. Böyük residiv toxuma qalmış 6xəstədə ilk 12ayda residiv qeyd edilmişdir. Bu qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonra aparılmış radioterapiya lokal residiv və sağqalım baxımından o qədərdə effektiv olmamışdır. Mikroskopik toxuma şübhəsi olan pasiyentlərdə ümumi doza 60 Çy olaraq radioterapiya verilmişdir. Mikroskopik toxuma qalmış xəstələrdə 5 ildə sağqalım 10% olmuşdur. Yüksək doza radioterapiyanın lokal residiv azaldığına inanırıq, lakin bunu böyük toxuma hissələri qalmış xəstələrdə effektiv olmadığını hesab edirik. RO rezeksiya edilmiş 47xəstədə 36aylıq müşahidə dövründə lokal kontrol 82%, sağqalım isə 79% olmuşdur.

Cədvəl № 2.*Uzaq metastazi olmayan rektum törəmələrində neoadyuvant müalicə sxemi*

MRT-dəki mərhələ	Törəmənin yerləşdiyi yer	Neoadyuvand müalicə protokolu	Neoadyuvand müalicə almış xəstələrin sayı
T ₁ – T ₂ N ₀	üst	-	-
	orta	qısa ŞT.	2
	alt	qısa ŞT.	1
uzun KŞT.		2	
T ₁ – T ₃ , N ₁ – N ₂	Rektosiqmodol bölgə	-	-
T ₁ – T ₂ , N ₁ – N ₂ mezorektum içində	üst	qısa ŞT.	2
	orta	qısa ŞT.	4
	alt	qısa ŞT.	1
		uzun KŞT.	1
T ₁ – T ₂ , N ₁ – N ₂ mezorektum xaricində	üst	uzun KŞT.	1
	orta	uzun KŞT.	2
	alt	uzun KŞT.	-
T ₃ N ₀ (Dairəsəl.cərrahi sərhəd) “-”	üst	qısa ŞT.	2
	orta	qısa ŞT.	5
		uzun KŞT.	3
	alt	uzun KŞT.	4+
T ₃ N ₁ – N ₂ mezorektum içində	üst	qısa ŞT.	2
	orta	qısa ŞT.	3
	alt	uzun KŞT.	2
T ₃ N ₁ – N ₂ mezorektum xaricində	üst	uzun KŞT.	2
	orta	uzun KŞT.	1
	alt	uzun KŞT.	2
T ₃ dairəsəl cərrahi sərhəd (+) T ₄	üst	uzun KŞT.	4
	orta	uzun KŞT.	3
	alt	uzun KŞT.	7

Preoperativ və ya neoadyuvand radioterapiya (45-50Çy) olan düz bağırsağ törəməsi qeyd edilmiş xəstələrdə şişin ölçüsünün kiçilməsi və rezeksiya üçün əlverişli vəziyyətin yaranması mümkündür. Müşahidələrimiz lokal irəli törəmələrdə 43% halda şişin kiçikliyi və əməliyyat üçün əlverişli hala gəldiyini göstərmişdir. Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən (cəmi 45) radioterapiya aparılmasına baxmayaraq əməliyyat zamanı şişi çıxartmaq mümkün olmamışdır (cəmi 11xəstə). Radioterapiya almış xəstələrdə terapiyanın nəticələri 3 hal kimi qiymətləndirilmişdir.

1. Tam cavab alınmış xəstələr 2. Hissəvi cavab alınmış xəstələr 3. cavab alınmamış xəstələr. Əməliyyatdan əvvəl radiokimyaterapiya almış 43 xəstədən 8-də (18.6%) müalicədən sonra törəmə tamamilə kiçilmişdir (tam cavab alınmış xəstələr), 5 xəstədə isə törəmənin həcmində (11.6%) gerilmə qeydə alınmamışdır. 30 (69.7%) xəstədə isə aparılmış neoadyuvand müalicə hesabına törəmə bu və ya digər dərəcədə ölçüsünü kiçiltmiş və cərrahi müdaxilə ilə törəməni xaric etmək mümkün olmuşdur. Radioterapiyaya həssas olmayan xəstələrdə biz refraktor olaraq qiymətləndirmişik. Bu qrup xəstələrdə əməliyyat zamanı törəmənin çıxartıla bilinməyəcəyi qərarına gəlinmiş və kolostoma qoyularaq xəstələr kimya müalicəsinə göndərilmişdir. Hər 5 xəstədə 5 illik sağqalım “0” olmuşdur. Tam cavab alınmış xəstələrin hamısında ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatları icra edilmişdir (şəkil 1).

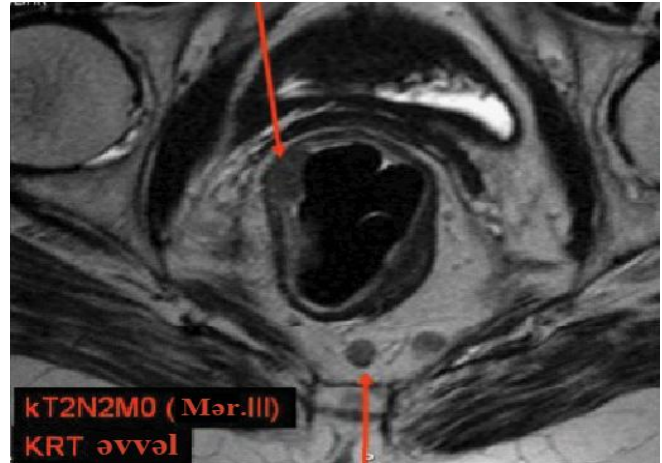
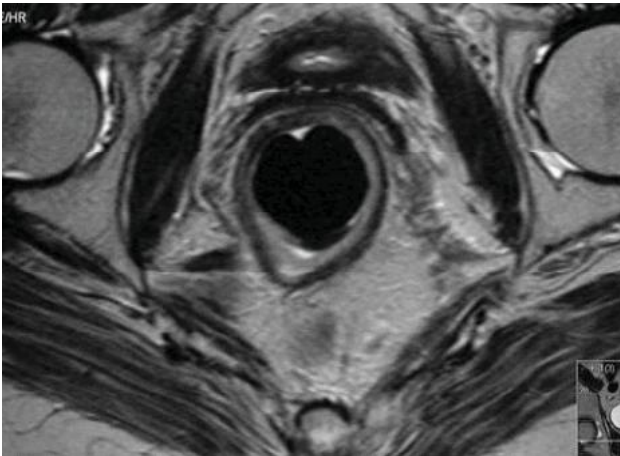


Şəkil 1. Radioterapiyadan sonra şişin kiçilməsi

Tam radioterapiyaya cavab vermiş xəstələrin MRT görüntülərində klinik olaraq törəmənin tamamilə kiçildiyini göstərir (şək.2a, 2b). Həmin xəstənin əməliyyatdan sonrakı materialına mikroskopik olaraq selikli qişada törəmə görünür (şək.3).

Radioterapiyanın üstün cəhətləri heç kimdə şübhə doğurmur. Lakin bu cür müalicənin çatışmayan tərəfləridə mövcuddur. Əməliyyatdan əvvəl aparılmış radiokimyaterapiya postoperativ dövərdə meydana çıxan pozğunluqlar, bayra çıxma (sfinkter aparatı) dəyişikliklər və cinsi

çatışmazlıqların başlıca səbəbkarıdır.



Şəkil 2a, 2b. Radioterapiyadan sonra MRT görüntüsü

Müşahidəmiz altında olan xəstələri 65%-də bu pozğunluqlar bu və ya digər dərəcədə özünü birüzə vermişdir. Nəzarətimiz olan pasiyentləridə anal sfinkterin dinlənmə və sıxma təzyiqlərinin kifayət qədər azaldığını müşahidə etdik. Rektum xərçənginin müalicəsindən sonra cinsi funksiyanın pozulması çox görünən bir ağırlaşmadır. Hesab edirik ki, bu cür ağırlaşmanın meydana çıxmasında radioterapiya ilə yanaşı cərrahi travmatizasiyanın (erigent sinir zədələnməsi) böyük əhəmiyyəti var.

Şəkil 3. Raditerapiyaya tam cavab vermiş xəstənin əməliyyat materialı

Aparığımız müşahidələrə və ədəbiyyat məlumatlarına əsaslanaraq mümkün olan bütün hallarda əməliyyatdan əvvəl uzun müddətli radiokimyaterapiyanın (45-50 Çy – gündə $225\text{mg}/\text{m}^2$ 5-ftorurasil) aparılmasını məsləhət bilirik. Radioterapiyaya kimya terapiyanın əlavə edilməsi şiş hüceyrələrinin radiohəssaslığını artırmaq məqsədini daşıyır. Aparılmış radioterapiya lokal residivləri minimuma endirir. Müşahidələr zamanı ilk 23 ayda lokal residivlərin 18.6% olduğu müəyyən edilmişdir. Preoperativ kimyaradioterapiyadan sonra cərrahi müalicə üçün 6-8 həftə gözləmək lazımdır. Uzaq metastazı olmayan xəstələr üzərində ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatları icra edilmişdir. Cərrahi müdaxilə zamanı radikal rezeksiyanın aparılması vacib məsələdir. Yaxşı icra edilməyən total mezorektal eksiziyanın əməliyyatdan sonra aparılacaq radiokimyaterapiya ilə düzəldilməsi düşüncəsi fikrimizcə yalnızdır. Cərrahi müalicədən sonra bütün xəstələrdə 4-6 kurs kimyaterapiya aparılmışdır.

**Nəticə**

1. Düz bağırsağı $T_1 - T_2$ N pozitiv, T_3 N_{0-1} , T_4 N_{0-1-2} törəmələrinə əməliyyatdan əvvəl radioterapiyanın aparılması mütləqdir.

2. Düz bağırsağın lokal irəli törəmələrində (T_{3a} $N_1 - T_4$) standart müalicə preoperativ kimyaradioterapiya adından cərrahi müalicədir.

3. T_3 $N_1 - T_4$ mərhələsində olan düz bağırsağın törəmələrində radiokimyaterapiya cərrahi müdaxilədən sonra lokal residiv 18.6%-dir.

4. Cərrahi müdaxilə zamanı (total mezorektal eksiziya, parsial mezorektal ekziya) residiv şiş toxumasının qalması lokal residiv ehtimalını artırır. 5-illik sağ qalım isə azalır (mikroskopik və makroskopik toxuma hissələri qaldıqda sağ qalım müvafiq olaraq 10% və 41%-dir).

5. Əməliyyatdan əvvəl aparılmış radiokimyaterapiya şişin ölçüsünün kiçilməsinə (lokal irəli törəmələrdə 43%, digər hallarda 69%) 18.6% halda tamamilə sovrulması, 11.6% halda isə heç kiçilməməsinə (radiorezistent şişlər) səbəb olmuşdur.

6. Törəmənin tamamilə sovrulduğu hallarda gözləmək və izləmək taktikası səhvdir. 6-8 həftədən sonra düz bağırsağın ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatı icra edilməlidir.

Beləliklə düz bağırsağın bədən xassəli törəmələrində əməliyyatdan əvvəl aparılmış radioterapiya kompleks müalicənin ayrılmaz bir hissəsidir və lokal residivləri önləmək üçün istifadə olunan vacib tədbirlərdəndir.

ƏDƏBİYYAT - ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Allee PE, Tepper JE, Cunderson 44. Postoperative radiation therapy for incompletely resected colorectal carcinoma. *Jnt // J Radiat Oncol Biol Phys.* 1989 N17. P1171
2. Whitney JF, Howes A, Osteen RT, Preoperative irradiation for unresectable carcinoma of the rectum, *// Surg Gynecol Obstet* 1993 N17 P 203.
3. March PY, James RD, Schofield PF. Adjuvant preoperative radiotherapy for locally advanced rectal carcinoma. Results of a prospective, randomized trial. *// Dis Colon* 1994 N37 P.1205.
4. Braendengen M, Tveit KM, Berglund A, et al. Randomized phase III study comparing preoperative radiotherapy with chemoradiotherapy in non resectable rectal cancers *// J. Clin Oncol* 2008. N26 P.3687.
5. Mohiuddin M, Regine W.F, John W.J. et al. Preoperative chemoradiation in fixed distal rectal cancer: dose time factors for pathological complete response. *// Jnt. J Radiat Oncol Biol Phys* 2000. N.46 P.883.

РЕЗЮМЕ

МЕСТО РАДИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.**Азимов Э.**

Применение только хирургического лечения при злокачественных опухолях прямой кишки может приводить к локальным рецидивам. Проведение до операции радиотерапии является самым эффективным методом, предотвращающим локальные рецидивы. Вероятность развития местных рецидивов при применении в послеоперационном периоде радиотерапии у больных с опухолями прямой кишки в стадии T_{3a}N₁T₄ составляет 18,6%. Во время хирургического вмешательства (тотальная мезоректальная эксцизия) если остается ткань опухоли, то эта вероятность увеличивается. 5-летняя излечимость мала. При оставлении микроскопических и макроскопических частей ткани излечимость составляет соответственно 10% и 41%. Проведение радиохимиотерапии до операции приводит к уменьшению опухоли (при локальных запущенных опухолях 43%, при других 69%), в 18,6% к полному рассасыванию, в 11,6% случаев размеры опухоли не изменились (радиорезистентные опухоли). Таким образом, при злокачественных опухолях прямой кишки применение радиотерапии является неотъемлемой частью комплексного лечения.

SUMMARY

THE POINT OF RADIOTHERAPY IN TREATMENT OF COLORECTAL CANCER.**Azimov E.**

Application only surgical treatment of malignant tumors of the rectum could be result the local recurrences. Conducting radiotherapy before the operation is the most effective method to prevent local recurrences. The probability of local recurrence after application radiotherapy in postoperative period in patients with tumors of the rectum in T_{3a}N₁T₄ stage is 18.6%. If the tumor tissue has remained during surgical procedure (total mesorectal excision), this probability increases. 5-year survival is low. When leaving the microscopic and macroscopic parts of tissue curability are respectively 10% and 41%. Conducting radiochemotherapy before surgery reduces tumors (local tumors with advanced stages 43%, with the other 69%), in 18.6% to the completed resorption, in 11.6% the tumor size has not changed (radioresistance tumor). So, in malignant tumors of the rectum radiotherapy is an important part of complex treatment.

Daxil olub: 10.12.2017.

SEREBRAL İFLİCLİ XAYALARI ENMƏMİŞ UŞAQLARDA QANDA TESTOSTERON GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DİNAMİKASI

Hüseynov F.R.

Ege Universiteti, Tibb Fakültəsi, Uşaq Cərrahiyyəsi kafedrası.

Xayaların xayalığa enməsində bir sıra amillər vacib rol oynasalarda əsas rol - hormonal məhz androgenlərə mənsubdur [1,2]. Xayaların enməsi üçün sağlam hipotalamo –hipofizar oxun olması vacib məsələdir. Məsələn hipoqonadizm zamanı xayaların enməməsinə daha çox hallarda rast gəlinir [3]. Androgen reseptorlarının mutasiyası ilə əlaqədar meydana gələn kompleks androgen insensitivliyi zamanı əksər xəstələrdə xayaların bilateral formada enməməsinə rast gəlinir [4]. Heyvanlar üzərində aparılmış tədqiqatlar da prenatal dövrdə anti – androgenlər istifadə edildikdə 50% heyvanlarda cinsi inkişafın geri qaldığı və bu səbəblərlə əlaqədar xayaların enməsində problemlər yaşandığı müşahidə olunmuşdur [5,6]. Prenatal dövrdə estrogenlərin təsirinə məruz qoyulmuş laboratoriya heyvanlarında xayaların enməməsi müşahidə olunsada, onlara dihidrotestosteron tətbiq edildikdə yavaş–yavaş zəif sürətdə yaxşılaşma qeydə alınmışdır. Bu tədqiqatlar androgenlərin xayaların enməsi üzərində güclü təsirə malik olduğunu göstərir [7].

Tədqiqatın məqsədi: Serebral iflicli xayaları enməmiş uşaqlarda qanda testosteron göstəricilərinin yaş xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən 2012 –ci ilin mart ayından iyul ayına kimi Ege Univeriteti Tibb Fakültəsi Uşaq Nevrologiyası, Sağlam Uşaq və Uşaq Cərrahiyyəsi Poliklinikalarına və İzmir Təpəcik Tədris Araşdırma Xəstəxanasının Uşaq Nevrologiyası Poliklinasına müraciət etmiş 60 nəfər yaşı 15 -ə kimi olan serebral iflicə düşər olmuş oğlan uşaqlar müayinələrə cəlb olunmuş və onlar yaşı 9,8 –dən aşağı və 9,8-15 arasında olmaqla yaş qruplarına bölünmüşlər və qruplar üzrə LH –un (lüteinləşdirici hormon) hansı səviyyədə olduğu aydınlaşdırılmışdır. 1 yaşdan kiçik uşaqlar tədqiqata daxil edilməmişdir. Bütün xəstələr poliklinika şəraitində valideynlərinin müşayiətilə, normal otaq temperaturunda müayinələr cəlb olunmuşlar. Serebral iflicli xəstələrdən alınan qan nümunələri xayaların enməsinə təsiri olan sərbəst testosteron və ümumi testosteron hormonlarının səviyyələrinin yoxlanılması üçün Ege Universiteti Tibb fakültəsinin Endokrin laboratoriyasına göndərilmişdir. Həmin laboratoriyada sərbəst testosteron üçün Active FREE TESTOSTERON RIA REF DSL 4900, ümumi testosteron üçün isə AIS TESTOSTERONE REF 33560 üsulları ilə analizlər aparılmışdır. Kateqoriyalar üzrə verilənlərin paylanması tezlik cədvəllərindən istifadə edilməklə təqdim olunmuşdur. Sərbəst və Ümumi testosteron göstəricilərinin (norma yaxud anormal) kateqorik paylanmalarının yaşa görə və serebral iflicin olması baxımından statistiki olaraq qiymətləndirilməsində “FİŞER Tam Ehtimal Testindən” istifadə olunmuşdur. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) statistiki göstəricilərinə görə Sərbəst testosteron 1-10 yaş arasında 0,15 pg/mL, 10 yaş və yuxarı isə 52-280 pg/mL arasında olduqda və ümumi testosteron isə 1-10 yaş arasında <3-10 pg/mL, 10 yaş və yuxarı dövrlərdə isə 18-150 pg/mL olduqda normal hesab olunmuşdur, kənara çıxmalar isə “anormal” hal kimi dəyərləndirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində serebral iflicli uşaqlarda xayaların enməməsi və qanda ümumi testosteron hormonun miqdarı arasındakı əlaqənin öyrənilməsi üzrə tədqiqat zamanı isə ümumi serebral iflicli 60 nəfər xəstə uşaqlardan 36 nəfəri normal xayalara malik olduqları halda, onların

hamısının qan nümunələrində ümumi testosteronun miqdarları anormal xarakterli olmuşdur (cədvəl 1).

Cədvəl № 1.

Ümumi testosteronun serebral iflicli uşaqlarda xayaların vəziyyəti ilə əlaqəsi.

<i>Ümumi testosteron miqdarları ilə xayaların vəziyyəti arasında əlaqə.</i>		
Xayaların vəziyyəti	Ümumi testosteronun qandakı göstəriciləri	
	Anormal	Ümumilikdə
Xayaların enməməsi (-)	36 (60%)	36 (60%)
Xayaların enməməsi (+)	24 (40%)	24 (40%)
Ümumilikdə (p=0,16)	60 100%	60 100%
<i>Ümumi testosteronun müxtəlif yaş qruplarına mənsub serebral iflicli uşaqlarda göstəriciləri.</i>		
Yaş	Ümumi testosteronun qandakı göstəriciləri	
	Anormal	Ümumilikdə
1-10	49 (81,67%)	49 (81,67%)
10-15	11 (18,33%)	11 (18,33%)
Ümumilikdə	60 100%	60 100%
<i>Serebral iflicli və xayaları enməmiş uşaqlarda yaş və qanda ümumi testosteron göstəriciləri arasında əlaqənin xarakteri.</i>		
Yaş	Ümumi testosteronun qandakı göstəriciləri	
	Anormal	Ümumilikdə
1-10	19 (79,17%)	19 (79,17%)
10-15	5 (20,83%)	5 (20,83%)
Ümumilikdə	24 100%	24 100%

Tədqiqat nəticəsində serebral iflicli uşaqların qan nümunələrində sərbəst testosteronun vəziyyətinin öyrənilməsi üzrə araşdırmalarda ümumi 60 nəfər serebral iflicli uşaqlardan 49 nəfəri yaxud 81,67% xəstələrin yaşı 1-10 arası, 11 nəfəri yaxud 18,3% xəstələrin yaşı 10-15 arasında tərəddüd etmişdir. Bu zaman yaşı 1-10 arasında tərəddüd edən 49 nəfər serebral iflicli uşaqlardan əksəriyyətində, 33 nəfərində yaxud da ümumi bütün yaş qrupları üzrə xəstələrin 55% -ində qan nümunələrində sərbəst testosteron göstəriciləri normalar çərçivəsində olsa da, 16 nəfərində yaxud da ümumi xəstələrin 26,67% -ində isə testosteronun bu subformasının göstəriciləri anormal xarakterli olmuşdur (cədvəl 2). Tədqiqat zamanı yaşı 10-15 arasında tərəddüd edən 11 nəfərdən heç birində sərbəst testosteronun göstəriciləri normal olmamışdır. Onların hamısında qeyd olunan göstəricilər anormal xarakterli müəyyən edilmişdir. Ümumi götürdükdə isə 60 nəfərlik müayinələrə cəlb olunmuş şəxslərin 33 nəfərində yaxud da 55% -ində sərbəst testosteronun qandakı göstəriciləri normal, 27 nəfərində yaxud da 45% -ində anormal xarakterli müəyyən edilmişdir.

Serebral iflicli 60 nəfər müayinələrə cəlb olunmuş oğlan uşaqlarından ümumilikdə 36 nəfərində yaxud 60% -ində xayalar normal vəziyyətdə, 24 nəfərində yaxud da 40% -ində xayalar xayalığa enməmiş vəziyyətdə olmuşdur. Həm serebral

iflicdən əziyyət çəkən, həm də xayaları normal vəziyyətdə olan 36 nəfər uşaqlardan 23 nəfərində yaxud da ümumi xəstələrin 38,33% -ində qan nümunələrində sərbəst testosteronun göstəriciləri normalar daxilində, 13 nəfərində yaxud da 21,67% xəstələrdə anormal xarakterli qeydə alınmışdır (cədvəl 3). Həm serebral iflicdən, həm də xayaların enməməsindən əziyyət çəkən 24 nəfər uşaqlardan 10 nəfərində yaxud da ümumi xəstələrin 16,67% -ində sərbəst testosteronun qandakı göstəriciləri normal olduğu halda, 14 xəstədə yaxud ümumilikdə 23,33% serebral iflicli oğlan uşaqlarında qeyd olunan hormonun göstəriciləri normalar çərçivəsindən kənar qalmışdır.

Cədvəl № 2.***Sərbəst testosteronun 1-10 və 10-15 yaş arasında olan serebral iflicli uşaqlarda göstəriciləri.***

Yaş	Sərbəst testosteronun göstəriciləri		
	Anormal	Normal	Ümumilikdə
1-10	16 (26,67%)	33 (55%)	49 (81,67%)
10-15	11(18,33%)	0	11(18,3%)
Ümumilikdə (p=0,001)	27 45%	33 55%	60 100%

Cədvəl № 3.***Xayaları enməmiş uşaqlarda sərbəst testosteron göstəricilərinin xüsusiyyətləri.***

Xayaların vəziyyəti	Sərbəst testosteronun qandakı göstəriciləri		
	Anormal	Normal	Ümumilikdə
Xayaların enməməsi (-)	13 (21,67%)	23 (38,33%)	36 (60%)
Xayaların enməməsi (+)	14 (23,33%)	10 (16,67%)	24 (40%)
Ümumilikdə (p=0,115)	27 45%	33 55%	60 100%

Serebral iflicli və xayaları enməmiş 24 nəfər oğlan uşaqlarından 19 nəfəri yaxud 79,17% -nin yaşı 1-10 arasında, 5 nəfərində yaxud 20,83% -i isə 10-15 yaş arasında tərəddüd etmişdir (cədvəl 4).

Yaşı 1-10 arasında tərəddüd edən həm serebral iflicli, həm də xayaları xayalığa enməmiş oğlan uşaqlarından 10 nəfərində yaxud da uşaqların 41,67% -ində sərbəst testosteronun qandakı miqdarları normalar çərçivəsində, 9 nəfərində yaxud da ümumi uşaqların 37,5% -ində anormal xarakterli müəyyən edilmişdir.

Yaşı 10-15 arasında tərəddüd edən, həm serebral iflic, həm də xayaları enməmiş 5 nəfər oğlan uşaqlarından hamısında qeyd olunan hormonun qandakı göstəriciləri anormal xarakterli olmuşdur.

Cədvəl № 4.***Serebral iflicli və xayaları enməmiş uşaqlarda yaş və qanda sərbəst testosteron göstəriciləri arasında əlaqə.***

Yaş	Sərbəst testosteron göstəriciləri.		
	Anormal	Normal	Ümumilikdə
1-10	9 (37,5%)	10 (41,67%)	19 (79,17%)
10-15	5 (20,83%)	0	5 (20,83%)
Ümumilikdə p=0,0530	14 58,33%	10 41,67%	24 100%

Tədqiqatın nəticələri serebral iflicli uşaqlarda xayaların enməməsində qandakı testosteron səviyyələrinin mühüm rola malik olduğunu göstərdi. Bu

zaman serebral iflicli uşaqlarda xayaların enmiməsi serebral iflic –hormonal balansın pozulması –xayaların enməməsi xətti üzrə inkişaf edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Cendron M, Schned AR, Ellsworth PI. Histological evaluation of the testicular nubbin in the vanishing testis syndrome. //J Urol 1998:160;
- 2.Duman Ö, İmad FM, Kızılay F, et. al., Evaluation of visual problems in patients with cerebral palsy according to functional capacity. //Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2005, Cilt 48, Sayı 2, S. 130-135.
- 3.De Luna A.M. Ortenberg J., Craver R.D. Exploration for testicular remnants: implications of residual seminiferous tubules and crossed testicular ectopia. J Urol 2003:169;1486-9.
- 4.Hill A, Volpe JJ. Hypoxic –ischemic cerebral injury in the newborn. In Swaiman KF, Ashwal S eds. Pediatric Neurology, third edition. //St. Louis Mosby Inc, 1999; 191-193
- 5.Guyton A.C., Hall E.J., Tibbi fizioloji, Nobel tıp kitab evi istanbul 1996 pp:933-944.
- 6.Rozanski T.A., Wojno K.J., Bloom D.A. The remnant orchiectomy. J Urol 1996:155;712-3)
- 7.Tasian G.E., Hittelman A.B., Kim G.E., et. al., Age at Orchiopexy and Testis Palpability Predict Germ and Leydig Cell Loss: Clinical Predictors of Adverse Histological Features of Cryptorchidism. //J Urol 2009; 182:704-9.

Р Е З Ю М Е

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И НЕОПУСТИВШИМИСЯ ЯИЧНИКАМИ

Гусейнов Ф.Р.

Университет ЕГЕ, медицинский факультет, кафедра детской хирургии

Ряд факторов играют важную роль в неопущении яичек в мошонку. Церебральный паралич как самостоятельно, так и как первичный фактор, а также гормональные факторы в равной степени играют важную роль в этом. В результате исследования была идентифицирована взаимосвязь между церебральным параличом и уровнем тестостерона. Была выявлена взаимообусловленность между количеством тестостерона в крови и состоянием яичников.

S U M M A R Y

DYNAMICS OF TESTOSTERONE PARAMETERS IN THE BLOOD IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND UNDESCENDED OVARIES

Guseynov F. R.

EGE University, Medical Faculty, Department of Pediatric Surgery

A number of factors play an important role in lowering the testicles scrotum. The problem itself is equally cerebral palsy or hormonal factors also play an important role in the primary. As a result of the amount of research on the relationship between cerebral palsy and testosterone have been identified. The relationship between the amount of testosterone in the blood were observed in testicular problems.

Daxil olub: 27.01.2017.

UŞAQLARDA KƏSKİN QASTRODUODENAL QANAXMALARDA ENDOSKOPIK HEMOSTAZ.

Quliyev Ç.B., Rəhimova X.S.

Azərbaycan Tibb Universiteti. Uşaq cərrahlığı kafedrası.

Problemin aktuallığı. Son illər uşaqlarda həzm traktının yuxarı hissəsinin patologiylarının sayının 1,9 dəfə artması müşahidə olunur. Bu zaman önəmli yerlərdən birini mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının destruktiv prosesləri – eroziya və xoralar təşkil edir ki, onlarında rastgəlmə tezliyi 0,5- 22% təşkil edir. (2,6,9,11). Xoraların əmələ gəlməsində uşaqların qeyri-rasional qidalanması, fiziki və emosional aktivliyin yüksək olması, infeksiyon və stres faktoru mühüm rol oynayır. Bu fonda aqressiv faktorlar–pepsin, xlor turşusu, Helikobacter pylori, dərman preparatları (aspirin, glukokortikoidlər, qeyri-hormonal anoboliklər), streslə müşahidə olunan ağır somatik xəstəliklər, ağır travmatik zədələnmələr, yanıqlar, endogen intoksikasiyalar, cərrahi müdaxilələr və s. xoranın əmələ gəlməsinə və onun qanaxma ilə fəsadlaşmasına gətirib çıxarır.(1). Bəzi müəlliflərin məlumatına görə uşaqlarda mədə-bağırsaq xoralarından qanaxmalar 6-16% arasında tərəddüd edir, ölüm isə yüksək olaraq qalır və 19% çatır. (3,5,8). Qastroduodenal qanaxmalarda müxtəlif hemostatik məhlulların endoskopik olaraq qanaxan sahəyə aplikasiyası, infiltrativ hemostaz, elektrokoagulyasiya, termokoagulyasiya, müxtəlif hemostatik tozların püskürülməsi, metal klipslərin qoyulması və s. cərrahi müalicəni ikinci plana çəkdi. Bununla belə, göstərilən üsulların hər biri təklikdə həmişə istənilən hemostatik effektdə nail olmağa imkan vermir və onların tətbiqindən sonra baş verən fəsadlar (qanaxma residivinin artması 19-34% qədər) yüksək olaraq qalır (4,7,8,10). Ona görə də etibarlı hemostaza nail olmaq bütün bu üsulların bir neçəsinin müştərək tətbiqi nəticəsində əldə oluna bilər.

Beləliklə, qanaxmanın lokalizasiyasından, onun intensivliyindən, residiv verməsindən, qanıtirmənin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq hər bir halda fərdi qaydada hemostaz üsullarının effektivini öyrənmək aktual olaraq qalır.

İşin məqsədi. Xora mənşəli kəskin gastroduodenal qanaxmaların kompleks müalicəsində yerli hemostatiklərin (noradrenalin, AKT və trombinin) və “EndoClot-AMP” substratını endoskopik olaraq tətbiq etməklə etibarlı hemostaza nail olmanın effektivini müəyyən etmək və müalicənin nəticəsini yaxşılaşdırmaqdır.

Material və metodlar. Tədqiqatın materiallarını Azərbaycan Tibb Universitetinin Uşaq cərrahlığı klinikasında son 6 ildə kəskin gastroduodenal qanaxma ilə daxil olmuş 2-15 yaşında olan 65 xəstə təşkil edir. Onlardan 40 xəstədə kəskin xoralar (eroziv, stress, medikamentoz və s.), 25 xəstədə isə arterial, dərin venoz və kapilyar KQDQ olmuşdur.

Patoloji prosesin lokalizasiyasından və qanaxmanın intensivliyindən asılı olaraq xəstəliyin kliniki mənzərəsi müxtəlif olmuşdur. Xəstələrin hamısında gastroduodenal qanaxmanın tipik əlamətləri: qanlı qusma, melena, dəri və selikli qişanın avazıması, arterial qan təzyiqinin enməsi, bayılma halı və s. olmuşdur. Bütün xəstələr təcili qaydada Reanimasiya və İntensiv terapiya şöbəsinə yerləşdirilərək müxtəlif diaqnostik (US, ezofaqogastroduodenoskopiya, qanın ümumi analizi, koaguloqrama, qanın laxtalanma müddəti, qanıtirmənin miqdarının təyini, dövran edən qanın həcmnin müəyyən edilməsi) və müalicə tədbirləri (hemostatik, infuzion, transfuzion, antibakterial, antiasid) terapiya

tədbirləri həyata keçirilmişdir. Ezofaqogastroduodenoskopik müayinə nəticəsində kəskin xora ilə olan 40 xəstələrin 33 (82,5%) xora mənşəli eroziv qastroduodenal qanaxma, 7 (17,5%) isə kəskin xoralar (stres, medikamentoz və s.) aşkarlanmışdır. Xoraların 7 (17,5%) mədədə, 26 (65%) isə onikibarmaq bağırsağın soğanağında, kəskin eroziv xoraların 2 (5%) mədədə, 5 (12,5%) isə onikibarmaq bağırsaqda aşkar edilmişdir. Başqa sözlə 40 xəstədən 31 (6,6 ± 77,5 %) xoradan qanaxma onikibarmaq bağırsaqdan, 9 (6,6 ± 22,5%) xəstədə isə mədədən olmuşdur. Arterial, dərin venoz və kapilyar KQDQ-a olan 25 xəstənin 5 (8,0 ± 20,0%) xora mədənin kiçik ayrılıyında, 20 (8,0 ± 80,0%) xəstədə isə onikibarmaq bağırsağın soğanağından olması müəyyən edilmişdir. Qanaxmanın intensivliyini və hemostazın dərəcəsini qiymətləndirmək üçün Forrest təsnifatına (1974) istinad edilmişdir.

Nəticələr və müzakirələr. Endoskopik müayinə zamanı qanaxmanın xarakterindən və intensivliyindən asılı olaraq yerli hemostatik vasitələrin tətbiqi də müxtəlif olmuşdur. Belə ki, müşahidəmiz altında olan 40 uşaqda kapilyar və venoz (eroziv, stress, medikamentoz xoradan) qanaxmalar yerli hemostaz məqsədilə aşağıdakı üsuldən istifadə olunmuşdur: Xəstələr reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsinə daxil olan kimi onlara ənənəvi intensiv terapiya (infuzion, transfuzion terapiya, hemostatik terapiya, antisekretor – H₂ blokator, proton pompası inhibitoru- PP) ilə yanaşı endoskopik olaraq 0,1% noradrenalin + 5 %-li soyuq Epsilon-aminokapron turşusu (AKT) + trombin və fizioloji məhlul qarışığından istifadə edilmişdir. Bunun üçün 0,1% noradrenalinə 2 ml + 4 mg Epsilon Aminokapron turşusu + 250 mg transamin + 15 ml fizioloji məhluldan hazırlanmış qarışıq endoskopun biopsion kanalından iynə vasitəsilə bir neçə nöqtədən xoranın ətrafına vurulur. Sonra mədədə nazoqastral zond saxlanılır və həmin zondan xüsusi hazırlanmış kokteyl (0,1% noradrenalin 2 ml + 50 mg AKT + 250 mg transamin + 200 ml fizioloji məhlul qarışığı) birinci sutka 2 saat ərzində hər 15 dəqiqədən bir uşağın yaşına uyğun olaraq 5, 10, 20 ml şpris vasitəsilə mədəyə yeridilir. Sonrakı 3-5 gün həmin qarışıq eyni dozada gündə 3 dəfə peros içməyə verilir. Aparılan yerli hemostazın effektivliyi mədədə olan zondan gələn möhtəviyyətin xarakterinə görə qiymətləndirilir. Yerli hemostatik kimi istifadə olunan preparatların patogenetik təsir mexanizmi aşağıdakından ibarətdir: Noradrenalin mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasında olan arterio-venoz şuntların açılmasını təmin edir ki, bu da mədə və onikibarmaq bağırsağın selikli qişasının qansızlaşmasına (anemizasiyasına) və beləliklə də hemostaza səbəb olur. AKT-n təsir mexanizminə gəlicə o, yüksək mədə turşuluğu fonunda fibrinolitik aktivliyi kəskin şəkildə azaldaraq antifibrinolitik təsir göstərir. Trombin isə yerli olaraq trombositlərin aqreqasiyasını (yapışqanlılığını) artıraraq tromblaşmaya səbəb olur.

Bu qarışıqın (kokteylin) tətbiqindən sonra 40 xəstədən 33 (82,5%) halda 3 gün ərzində kəskin qastroduodenal qanaxmanın tam hemostazına nail olunmuşdur. Onikibarmaq bağırsağın xorasından qanaxma ilə olan 7 xəstə müalicədən sonra 2-6-cı günlərdə qanaxmanın residivi baş vermişdir. Həmin xəstələrə “EndoClot-AMP” tozu püskürülərək tam hemostaza nail olunmuşdur.

Bu xəstələrdən 29 nəfərinə 1 aydan sonra təkrari EQDS- aparılarkən hamısında xoranın tam epitelizasiyası müəyyən edilmişdir.

Uşaqlarda kəskin qastroduodenal qanaxmalarda, xüsusən də, elektrokoagulyasiya, termokoagulyasiya və metal klipslərin qoyulması mümkün olmadıqda, arterial və venoz, eləcə də eroziv- xoralarda yuxarıda göstərilən “kokteyllə” olan qanaxmaları saxlamaq mümkün olmayan təsadüflərdə daha güclü hemostatik olan “EndoClot-AMP” tozundan istifadə olunmasını daha məqsəduyğun hesab edirik.

“EndoClot – AMP” preparatı Kaliforniya ştatında yerləşən özəl “EndoClot – Plus” kompaniyasında həkim endoskopistlər və biomateriallarla məşğul olan elmi işçilər tərəfindən hazırlanmış “EndoClot – AMP”-dir. AMP hemostatik hissəciklər olub 2-3 qr. plastik qablarda SMİ (Strach Medical Inc) tərəfindən istehsal olunmuş absorbsiya edilən polisaxarid qankəsici hissəciklərdir. Bu hissəciklər saflaşdırılmış və modifikasiya olunmuş, bioloji cəhətdən təhlükəsiz bitki nişasta-sından alınan, tərkibində heyvani və ya insan mənşəli protein olmayan mürəkkəb bir qarışıqdır.

EndoClot kompaniyası toz substratını qanaxan nahiyəyə çatdırılması üçün inovasion sistem yaratmışdır. Inovasion texnologiya applikator, kateter və ayrıca qarışdırıcı kameradan ibarət olub toz substratını konteynerinə və hava doldurmaq üçün pompaya qoşulur. Endoskop vasitəsilə ötürücü kateter mədə-bağırsağın qanayan xora olan nahiyəsinə yaxınlaşdırılır və qanaxan sahədən 5 mm kənarda yerləşdirilir (toxuma və ya maye ilə təmas olmaz). Aparat vasitəsilə AMP tozu qanaxan sahəyə püskürülür və onu bürüyür. Püskürmə 1 dəqiqə ərzində qanaxma dayanana kimi davam etdirilir.

AMP-in təsir mexanizmi aşağıdakı kimidir: AMP laxtalanmanı sürətləndirmək üçün qanaxan sahədə zərdabdan suyu tez bir zamanda özünə çəkərək (absorbsiya edərək), trombositlərin, qırmızı qan hüceyrələrini və koaqlulyasiya zülallarının konsentrasiyasını çoxaltmaqla fizioloji laxtalanmanı tezləşdirir. AMP hissəciklərinin qanayan toxumaya adgeziyası (hopması) nəticəsində o, bərkiyir və qanla təması qalın örtük (matriks) yaranmasına gətirib çıxarır. Preparat 2-3 sutka ərzində duz məhlullarında asan həll olunur və insan orqanizmində olan fermentlərin (amilaza və qlukoamilaza) təsirindən tez parçalanaraq bədəndən sidik vasitəsilə xaric olur.

“EndoClot – AMP” tozu endoskopik olaraq yerli hemostatik kimi tətbiq edilməsində qanaxmanın lokalizasiyası və intensivliyi vacib şərt sayılır. Ezofaqogastroduodenoskopiya zamanı 5 (8,0±20,0%) xəstədə qanaxmanın mədənin kiçik ayriliyində, 20 (8,0±80,0%) xəstədə isə onikibarmaq bağırsağın soğanından olması müəyyən edilmişdir. (7- 35 % xəstədə xora soğanının ön divarında, 13 – 65% nəfərdə isə bulbodyodenal keçiddə lokalizə olunmuşdur). Forrest təsnifatına əsasən xəstələrin 13 (10,0±52,0%) nəfərində Forrest -I (8(32%) F-1A, 4 (16%) F-1B, 1 (4%) F-1C), 12 (10,0±48,0%) nəfərində Forrest -II (7 (28%) F-IIA, 3 (12%), F-IIB, 2 (8%) F-IIC) müəyyən edilmişdir.

Uşaqlarda xora mənşəli gastroduodenal qanaxmalarda “EndoClot – AMP” tozu ilə hemostatik tədbirlər özünəməxsus xüsusiyyətləri ilə səciyyəli və bu qanaxmanın tipindən və intensivliyindən asılıdır. Qanaxmanın tipi və intensivliyi Forrest təsnifatına uyğun olaraq əgər F-1A sinifinə məxsusdursa (8 xəstədə) onda endoskop vasitəsilə “EndoClot – AMP” tozu qısa zamanda (1 dəqiqə ərzində) qanaxan sahəyə püskürülür. 8 xəstənin 6-də birinci püskürmə ilə tam hemostaza nail olunmuşdur. 2 xəstədə isə hemostaz tam olmadığından tozun püskürməsi qanaxma dayanana kimi davam etdirilmişdir. 5 xəstədə F-1 B və 1 xəstədə F-1C sinifinə aid edildiyindən onların hamısına 1 dəqiqəyə qədər tozun püskürülməsi bir dəfəyə aparılmış və heç bir xəstədə qanaxma təkrarlanmamışdır. Müşahidəmiz altında olan xəstələrin 12 (10,0±48,0%) nəfəri Forrest II sinifinə aid edilən pasiyentlər olmuşdur. Bütün xəstələrdə xoranın səthində olan qan laxtaları və tromblar qaz axını ilə təmizləndikdən sonra AMP hissəcikləri qanaxan xora sahəsinə püskürülmüşdür. Xora səthi qan laxtasından və trombdan təmizlənmərkən 3 xəstədə qanaxma bərpa edilmişdir. Bütün xəstələrin hamısına qanaxma dayanana kimi AMP tozunun püskürülməsi aparılmış və bütün halda tam hemos-taza nail olunmuşdur.

“EndoClot – AMP” tozunu qanaxan sahəyə püskürdükdən sonra onun təsirinin müşahidə standartı aparılmalıdır. Bu məqsədlə AMP tozu püskürdükdən sonra endoskopla 3-5 dəqiqə müşahidə aparılır və sahədə aktiv qanaxma olub-olmamasına əmin olunur. Müşahidə zamanı aktiv qanaxma yoxdursa endoskop çıxarılır. Müşahidə altında olan xəstələrdən 3 nəfərində F-I A və 2 pasiyentdə F-II sinifinə məxsus olan xəstələrdə ilkin püskürmədən sonra zəif qanaxma davam etdiyindən bu xəstələrin hamısına qanaxma dayanana qədər AMP tozu təkrarən püskürdülmüşdür. Təkrari müşahidədə heç bir xəstədə qanaxma təkrarlanmamışdır.

AMP tozunun püskürdükdən sonra hemostazın effektivini aşağıdakı kimi qiymətləndirmişik: Əgər endoskop xaric edildikdən sonra bir gün ərzində qanaxma olmazsa, nəticə effektiv hesab edilir. Müşahidəmiz altında olan xəstələrin hamısında nəticələr effektiv olmuşdur.

Preparatın tətbiqi ilə əlaqədar olaraq xəstələrdə heç bir əlavə təsir aşkarlanmamışdır.

Beləliklə, yuxarıda deyilənlərə rəğmən belə bir nəticəyə gəlmək olar ki, uşaqlarda kəskin eroziv, stress, medikamentoz gastroduodenal qanaxmalarda endoskopik hemostaz məqsədlə noradrenalin+AKT+transamin+fizioloji məhlul qarışığından, arterial, venoz və residiv verən qanaxmalarda isə toz halında olan “EndoClot – AMP” preparatından istifadə olunması daha məqsədəuyğundur. Hemostatik toz mürəkkəb texniki üsullar olmadan qanaxma sahəsinə asanlıqla tətbiq edilir. Odur ki, təcrübəsiz endoskopistlər tərəfindən MBQ-da bu toz potensial olaraq ilkin seçim metodu ola bilər. Digər üsullardan fərqli olaraq hemostatik toz AMP qanaxma mənbəyi ilə üzbəüz yerləşmə tələb etmir, belə ki, toz bütün istiqamətlərdə diffuziya uğrayır. Bundan əlavə toz püskürülməsi ilkin hemostazın əldə edilməsi üçün çox dəqiq hədəf seçilməsindən asılı deyil. Buna görə də AMP tozu uşaqlarda endoskopiya vasitəsi ilə girilməsi çətin olan qanaxmalarda da (məsələn, onikibarmaq bağırsağın soğanağında olan qanaxma) əsas seçim üsulu ola bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Aliyev F.İ. Mədə-bağırsaq sisteminin qanaxmalarla ağırlaşan kəskin eroziya və xoralarının patogenezi, profilaktikası və müalicəsi. Bakı.2005. 126 səh.
2. Quliyev Ç.B., M.U.İsmayılov, X.S.Rəhimova. Uşaqlarda eroziv-xoralı xəstəliklər zamanı mədə-bağırsaq qanaxmaları. Prof. V.M.Aşurovun 70 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın mater. 2013. S.92.
3. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология новейший справочник. М: Издательство: ЭКСМО. 2006, с.331-355.
4. Грона В.Н., Литовка В.К., Жирило И.П. и др. Острые кровотечения в просвет пищеварительного канала у детей. //Журнал «Здоровья ребенка». 2010, № 4, с.1-5
5. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Сафанов А.В., и др., Достижения отечественной детской гастроэнтерологии: истоки, современное состояние, перспективы. //Педиатрия. 2008, т. 87, № 6, с.8-13.
6. Караева В.Ю., Базрова Ф.В., Бораева Т.Т. и др. Частота кровотечений при эрозивно-язвенных поражениях верхних отделов пищеварительного тракта у детей. //Педиатрия 2012. Том.91, № 4, с.10-15.
7. Салимов Ш.Т., Назиров Ф.Н., Хужанов Д.Б. и др. Новое в гемостазе язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки. Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: //Детская хирургия.2001.№ 6. с.8-9.
8. Хмырова А.В. Осложнения язвенной болезни у детей на современном этапе кровотечения. //Мед.журнал 2012. № 1(8). с.11-14.
9. Kalach N.,Bontems P., Koletzko S. et al. Freguencu and risk factors gastric and duodenal ulcers, or erosions in children : //Europen jurnal of gastroenterology, hepatology. 2010;22(10); 1174-1181.
- 10.Laie L.,Estrada R. Randomized trial of normal saline solition injection versus bipolar electrocoagulation for treatment of patients with high-risk bleeding ulcers is local tomponade enough?// Gastrointest Endose 2002;55(1):6-10.
- 11.Sullivan P.B. Peptic ulcer discase in children. //J.Pediatres and Child. Health. 2010;20(10); 462-464.

РЕЗЮМЕ

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ОСТРЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ.****Кулиев Ч.Б., Рагимова Х.С.**

В статье приводятся данные о лечении 65 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Осуществлен подробный анализ клинических симптомов, методов диагностики и тактики лечения, в зависимости от локализации и интенсивности гастродуоденальных кровотечений. Оценка интенсивности и степени кровотечения проводилась по Forrest (1974). При этом указывается, что у 40 больных с острыми язвами (стрессовые, медикаментозные, эрозивные) с целью гемостаза, наряду с традиционными методами интенсивной терапии, эндоскопически применялся следующая «смесь»: 0,1% норадреналин 2мл, АКК-50 мг, трансамин-100 мг и физраствор-200 мл. Раствор вводился в первые 48 часов по 15 минут, через каждый 2 часа. В зависимости от возраста больного вводили соответственно 5, 10, 20 мл. В последующие 3-5 суток «коктейль» давали в этой же дозе 3 раза в день per os. Из 40 больных, в 33 (82,5%) случаях, добились полного гемостаза, а у 7 (7,5%) больных, на 2-6 сутки после лечения был рецидив кровотечения. Этим больным был применен «EndoClot – AMP» и во всех случаях достигнут надежный гемостаз. В 25 случаях с артериальными, глубоко венозными, кровотечениями, для эндоскопического гемостаза, применяли субстрат «EndoClot – AMP». Авторам удалось у 96,0% больных добиться надежного гемостаза в течении 1-2 минут.

Ключевые слова. Дети, гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз, «EndoClot – AMP».

SUMMARY

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING IN CHILDREN.**Kuliev CH.B., Rahimov KH.S.**

The article presents data on the treatment of 65 patients with acute gastroduodenal bleeding. A detailed analysis of the clinical symptoms, diagnosis and treatment tactics depending on the location and intensity of gastroduodenal bleeding. Estimates of the intensity and extent of bleeding were carried out on Forrest (1974). This indicates that in 40 patients with acute ulcers (stress, medication, erosive) with the purpose of hemostasis, along with traditional methods of intensive therapy used following endoscopic "cocktail":

0.1% noradrenaline 2ml, ACA-50 mg, 100 mg transamin of NaCl- and 200 ml. The solution in the first 48 hours and 15 minutes after every 2 hours, depending on the age of the patient injected 5,10,20 ml respectively. The following cocktail was given 3-5 days in the same dose three times daily per os. Of the 40 patients in 33 (82.5%) patients achieved complete hemostasis, and 7 (7.5%) patients after treatment on days 2-6 was no bleeding. These patients had used "EndoClot - AMP" and in all cases achieved reliable hemostasis. In 25 cases with deep venous arterial bleeding for endoscopic hemostasis applied substrate

"EndoClot - AMP". The author succeeded in 96.0% of patients achieve a reliable hemostasis for 1-2 minutes.

Keywords. Children, gastroduodenal bleeding, endoscopic hemostasis, "EndoClot - AMP".

Daxil olub: 27.01.2016.

NAZAL CƏRRAHIYYƏDƏ BURUN HAVA YOLUNUN TƏZYİQİ VƏ QOXU DUYĞUSUNUN XÜSUSIYYƏTLƏRİNİN TƏDQIQI.

Hüseynov T.A.

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, otorolingologiya şöbəsi, Bakı.

Müasir plastik cərrahiyyədə burun çəpərinin ayrılıqlarının korreksiyası bəlkə ilk sıralarda qərarlaşır. Burun əməliyyatları zamanı ən diqqət yetirilməli olan sahə olfaktor sahədir. Burun sahə yuxarı burun keçəcəyində burundaxili selikli qişanın bir hissəsi əhatə edərək qoxu reseptorları ilə zəngindir. Qoxu analizatorunun əsas xüsusiyyəti onun xarici mühitdə olan kimyəvi qıcıqlanmaları analiz etməklə qoxu hissiyatının yaranmasına səbəb olur. İnsanda qoxu reseptorlarının sayı təqribən 10^7 -dir [10]. Onlar birincili bipolyar sensor hüceyrələr olub, akson və dendrit çıxıntıları və uclarında kiprikli çıxıntılar olur. Qoxulu maddə nəfəs aldığımız hava ilə birlikdə burun boşluğuna daxil olur, orada kiprikli hüceyrələrin membranında olan zülallar ilə təmasda olur. Həmin zülallar qoxulu maddə ilə birləşir və onun konfigurasiyasını dəyişir [12]. Sensor hüceyrələr bir neçə qoxulu maddələrin təsirinə reaksiya verə bilir. Qoxu analizatoru 3 hissədən ibarətdir: reseptor funksiyasını yerinə yetirən neyroepitel hüceyrələrdən təşkil olunmuş yuxarı burun keçəcəyi, nəqledici şöbə -qoxu soğanağı, ön qoxu nüvəsi, həmçinin badamabənzər cisim ətrafı qabıq, ona söykənən badamabənzər kompleksin kortikomedial hissəsi, lateral qoxu yolu nüvəsi, hipokamp, entorinal nahiyə, talamusun mediolateral nüvəsi, yeni qabığın frontal şöbəsidir [9].

Qoxu reseptorlarının hüceyrələri iyəbənzər formada olur. Reseptor təbəqənin səthində o nazildir, qoxu soğanağına çevrilir, ondan tükcüklər çıxır, saçaqqlar əmələ gəlir. İnsanda müxtəlif qoxu hissiyatının formalaşması qoxu yaradan qıcıqların subyektiv xüsusiyyətləri əsasında meydana gəlir. İnsanda aşağıdakı qoxu növləri duyulur: çürüntülü, qələvi, kamfora, nanə çiçək, efir və s. Qoxulu maddənin qatılığı az olanda insan yalnız onun qoxusunu hiss edir, keyfiyyətini isə müəyyən edə bilmir (qoxunun aşkar edilmə həddüdü). Böyük konsentrasiyalarda maddənin qoxusu tanınır və insan onu tanıyır. Qoxulu maddə uzun müddət təsir etdikdə onun hiss olunması zəifləyir, çünki adaptasiya prosesi gedir. İnsanın qoxu hissiyatında hər zaman emosional komponent iştirak edir. Qoxu insanda zövq, rahatlıq hissiyatı və yaxud da əksinə, nifrət hissi yaratmaqla orqanizmin vəziyyətini dəyişə bilər [11, 13].

Tədqiqat məqsədi: Burun çəpəri əməliyyatları zamanı zirvə floumetriyası vasitəsilə burun hava yolunun təzyiqi və "Sniffin Sticks" testləri vasitəsilə qoxu duyğusunun xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqat İzmir 3 saylı Kliniki Araşdırmalar Etika Qurumununun 18.12.2009 tarixli və 09/08-06 sayılı qərarı alındıqdan sonra icra edilməyə başlanmışdır. Tədqiqat yanvar 2010 ilə iyul 2010 tarixləri arasında Türkiyə Respublikası, "Dokuz Eylül" universiteti, tibb fakültəsi, Qulaq Burun Boğaz və Biofizika bölümlərində icra edilmişdir.

Türkiyə Respublikası, “Dokuz Eylül” universisteti, tibb fakültəsi, Qulaq Burun Boğaz bölümünə nazal obstruksiya şikayəti ilə müraciət edən, ön rinoskopiya və elastiki endoskopik müayinələrlə burun arakəsməsinin ayrılığı diaqnozu qoyulmuş 35 nəfər xəstə ilə tədqiqata başlanılmışdır. Əməliyyatdan qabaq icra edilən qoxu həddi testində 4 xəstənin göstəricisi ≤ 1 olduğu üçün bu xəstələr tədqiqatdan kənar edildilər. Bundan başqa, əməliyyatdan 6 həftə əvvəl qədər ağızla və yerli steroidlər istifadə edən, kəskin bakterial və ya virus mənşəli infeksiya və sinusit keçirmiş, daha əvvəl nazal cərrahi problemləri olmuş və allergik riniti olan xəstələr də tədqiqata daxil edilməmişdir. 31 xəstədən 10 –u qadın və 21 –i kişi olmuşdur. Xəstələrin yaşları 19-61 arasında (ortalama 35,58) dəyişmişdir. Obyekt nazal hava yolunun qiymətləndirilməsi üçün xəstələrə əməliyyatdan əvvəlki dövrdə zirvə nəfəsalma floumetri testi tətbiq olunmuşdur. Testdən qabaq xəstələr testlər barəsində məlumatlandırıldıqdan sonra yazılı şəkildə razılıqları əldə olunmuşdur. Daha sonra xəstələrə burun təzyiqini ölçmək üçün inspirator PF (pik floumetriyası) cihazı ilə test tətbiq olunmuşdur. Xəstədən 3 dəfə dərin nəfəs alıb verdikdən sonra maskanı üzə tam oturmuş vəziyyətdə yerləşdirib burundan dərin nəfəs almaq tapşırıldı. 3 dəfə təkrarlanan testin ən yüksək göstəricisi nazal hava yolunun müqavimətinin göstəricisi kimi qəbul edilmişdir.

Daha sonra xəstələrə “Dokuz Eylül” Üniversistetinin Biofizika Bölümündə “Sniffin Sticks” (Burghart Medizintechnik, www.burghart.net) ilə qoxu testi icra edilmişdir. “Sniffin Sticks” testi və ya “Çətin Seçim” testi Avropada ən çox istifadə olunan qoxu testidir [4].

Bu test qoxu verən maddə hopdurulmuş 16 ədəd qələm olan 3 set icra edilmişdir. Bu testdə istifadə olunan qələmlər daha uzun saxlanma müddətinə, təkrar istifadə olunma üstünlüklərinə sahibdir. “Sniffin Sticks” testi ilə qoxu sərhəddi, qoxunun seçilməsi və qoxunu tanıma göstəricilərinə baxılmışdır [4]. Qoxunun “sərhəddi” testlərində şəxsin duya ən aşağı konsentrasiyadakı qoxu “sərhəd” göstəricisi kimi qəbul edilir. Testdə 3 qoxu qələmi istifadə olunmuşdur. Bu qələmlərin tərkibində 2 qələmdə “solvent” həlledici və 1 qələmdə n –butanol olmuşdur. Xəstənin gözləri bağlandıqdan sonra ilk əvvəl ən yüksək konsentrasiyalı qoxu qələmi iylədildi və bu qoxunu digər qoxu qələmləri içərisindən ayırd etməsi xahiş olunmuşdur. Xəstədən tərkibində qoxu olan 3 –cü qələmi tanıyana qədər ən yüksək konsentrasiyasına malik qələmlərə doğru artırılaraq qələmlər təqdim olunmuşdur. Hər 3 qələm xəstəyə 3 dəfə iylədilmişdir.

Xəstə qoxunu hiss etdiyi sərhəd qoxu “sərhəddi” göstəricisi kimi qeyd edilmişdir. Daha sonra təkrarən geriyə, tərkibində az konsentrasiyalı qoxu olan qələmə doğru gedilmişdir. Xəstə qoxunu hiss etdikdən sonra təkrarən bir aşağı qrupa daha az konsentrasiyaya malik 3-lü qələmə keçilmişdir. Xəstənin duyduğu son 4 “sərhəd” göstəricisi toplanaraq 4-ə bölünmüşdür və xəstənin “sərhəd” göstəricisi olmaqla qeydə alınmışdır [1-8].

Koku ayırımı testi veya koku algılama testinde sadece kokular arasına ayırım yapılır. Hastanın gözləri təkrar kapatılarak 16 koku içeren 3'lü kalemde iki kalemde aynı ve bir kalemde farklı koku içeren kalemler sunuldu. Doğru yanıtların toplamı koku ayırımı skoru olarak kabul edildi [1-8].

Qoxu tanıma testində 16 ədəd qoxu qələmi xəstəyə iylədilib və 4 reaksiya seçimi təqdim olunmuş və düzgün reaksiyanın cəmi identifikasiya göstəricisi kimi qeydə alınmışdır. Qoxu sərhəddi, seçimi və qoxu tanıma göstəriciləri toplanaraq TDI (threshold+discrimination+identification) balı göstəricisi əldə olunur. Bu bal 0 ilə 48 arasında dəyişir. TDI balı 15 və daha aşağı göstəricidə əldə olunmuşdursa, xəstə anosmik, 15-30 arasında olduqda hiposmik və bal 30 və daha yuxarı olduqda isə normosmik olaraq qəbul edilmişdir [1-8].

Tədqiqatdan əldə olunan göstəricilərin statistiki analizi asılı qruplarda t testi və Xi kvadratı (Mak Neymar) testləri, qeyri –parametrik olmaqla Wilcoxon işarələnmiş sıralar testi istifadə edilmişdir. Bu testlər ilə əldə olunan göstəricilər və onların orta göstəricisi (SD) işlənərək statistika proqramına daxil edilmişdir. Statistiki analizlərin aparılması məqsədilə SPSS 15.0 (SPSS for Windows 15.0 SPSS Inc. 2007, Microsoft) proqramı tətbiq edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Pik floumetriya testi əməliyyatdan əvvəl və sonrakı 8 –ci həftədə icra edilərək orta göstəriciləri asılı qruplarda t testi ilə müqayisə olunmuşdur (Cədvəl 1).

Cədvəl № 1.

Pik floumetriyasından əvvəl və sonrakı göstəricilər

Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ± SD	Əməliyyatdan sonrakı göstəricilər ± SD	p
105.29 ± 32.2	170 ± 35.5	< 0.05

Nazal hava yolunun müqavimətinin əməliyyatdan əvvəl və sonra Pik floumetriyası ilə aparılan test nəticələri asılı qruplarda t testi ilə müqayisəsinin nəticəsi statistiki olaraq dürüst artım müşahidə olunmuşdur.

Zirvə floumetriya ilə nazal hava yolunun müqavimətinin ölçülməsində son zamanlar ən çox istifadə olunan obyektiv test vasitələrindən biridir. Bu test vasitəsinin istifadə etməmizə səbəb daha ucuz, istifadəsi rahat və bel bağlanıla bilən test vasitəsi olmasıdır. Bu test vasitəsinin normativ göstəriciləri olmamaqla birlikdə xəstələrin öz daxillərində əməliyyatdan əvvəl və sonrakı əlamətlərin müqayisəsi üçün uyğun obyektiv nazal hava yolu testidir.

Septoplastika əməliyyatı icra edilmiş xəstələrə əməliyyatdan qabaq tətbiq edilən “Sniffin Sticks” testinin nəticələri qoxu hissənin həddlərinin orta göstəricisi əməliyyatdan sonrakı 8 –ci həftədə icra edilən “Sniffin Sticks” testinin nəticələri qoxunun həddlərinin orta göstəricisi ilə asılı qruplarda t testindən istifadə edilərək müqayisə edilmişdir.

Qoxu həddlərinin əməliyyatdan əvvəl və sonrakı göstəricilərinin statistiki olaraq müqayisəsinin nəticələrində dürüst fərq aşkar edilməmişdir ($p > 0,05$).

Əməliyyatdan əvvəl və sonra icra edilən “Sniffin Sticks” qoxu testindən sonra əməliyyatdan əvvəl və sonrakı qoxu seçmənin orta göstəricisi ilə asılı qruplarda t testi istifadə olunmaqla müqayisə aparılmışdır (cədvəl 2).

Qoxunun seçilməsi testinin əməliyyatdan əvvəl və sonrakı nəticələrinin müqayisəsinin nəticəsində statistiki dürüst fərq aşkar edilməmişdir ($p > 0,05$). Xəstələrə əməliyyatdan əvvəl və sonra icra edilən “Sniffin Sticks” qoxu testindən sonra qoxunu ayırd etmə göstəricilərinin orta göstəricisi ilə asılı qruplarda t testi tətbiq olunaraq müqayisə olunmuşdur.

Qoxunun ayırd edilməsi testinin əməliyyatdan əvvəl və sonrakı nəticələrinin müqayisəsinin nəticəsində statistiki dürüst fərq aşkar edilməmişdir ($p > 0,05$). Bizim tədqiqatımızda xəstələrə əməliyyatdan əvvəl və sonra icra edilən “Sniffin Sticks” qoxu testindən sonra alınan qoxu həddü testi, qoxu seçimi testi və qoxu ayırd etmə testləri nəticələrinin statistiki müqayisəsində dürüst fərq aşkar edilməmişdir.

Cədvəl № 2.

	Əməliyyatdan əvvəlki orta göstərici ± SD	Əməliyyatdan sonrakı orta göstərici ± SD	p
Qoxu hissini hüdudları	6.99 ± 2.98	6.8 ± 2.06	>0,05
Qoxunun seçilməsi	12.32 ± 1.98	11.97 ± 2.39	>0,05
Qoxunun ayırd edilməsi	11.55 ± 2.05	12.29 ± 1.9	>0,05

Qoxunun hüdudu (sərhəddi), qoxunun seçilməsi və qoxunun ayırd edilməsi testlərinin orta göstəriciləri.

Müasir plastik cərrahiyyədə burun çəpərinin ayrılıqlarının korreksiyası bəlkə ilk sıralarda qərarlaşır. Burun əməliyyatları zamanı ən diqqət yetirilməli olan sahə olfaktor sahədir. Tədqiqat nəticəsində xəstələrə əməliyyatdan əvvəl və sonra icra edilən "Sniffin Sticks" qoxu testindən sonra alınan qoxu hüdudu testi, qoxu seçimi testi və qoxu ayırd etmə testləri nəticələrinin statistiki müqayisəsində dürüst fərq aşkar edilməmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Briner HR, Simmen D, Jones N. Impaired sense of smell in patients with nasal surgery. //Clin Otolaryngol 2003;28:417-419
- 2.Bozena B, Wrobel B, Leopold AD. Clinical assessment of patients with smell and taste disorders. Otolaryngol Clin N Am 2004;34:1127-1142
- 3.Damm M, Eckel HE, Jungehulsing M, Hummel T. Olfactory changes at threshold and suprathreshold levels following septoplasty with partial inferior turbinectomy. //Ann Otol Rhinol Laryngol 2003 Jan;112(1):91-7.
- 4.Pade J, Hummel T. Olfactory function following nasal surgery. //Laryngoscope 2008;118:1260-1264
- 5.Eibenstein, A, Fioretti AB, Lena C et al. Modern psychophysical tests to assess olfactory function. //Neurol Sci. 2005;26:147-155
- 6.Hummel T, Sekinger B, Wolf SR et al. 'Sniffin' Sticks': Olfactory performance assessed by the combined testing of odor identification, odor discrimination and olfactory threshold. //Chem Senses.1997;22:39-52
- 7.Kobal G, Klimek L, Wolfensberger M et al. Multicenter Investigation of 1,036 subjects using a standardized method for the assessment of olfactory function combining tests of odor identification, odor discrimination, and olfactory thresholds. //Eur Arch Otorhinolaryngol. 2000;257:205-211
- 8.Hummel 2004. Sniffin' Sticks Tutorial. http://www.tu-dresden.de/medkhno/riechen_schmecken/sticks_eng.pdf
- 9.Menini A, Lagostena L, Boccaccio A: Olfaction: from odorant molecules to the olfactory cortex. //News Physiol Sci 19:101, 2004.
- 10.Mombaerts P: Genes and ligands for odorant, vomeronasal and taste receptors. //Nat Rev Neurosci 5:263, 2004.
- 11.Mombaerts P: Odorant receptor gene choice in olfactory sensory neurons: the one receptor–one neuron hypothesis revisited. Curr Opin Neurobiol 14:31, 2004.
- 12.Reed RR: The contribution of signaling pathways to olfactory organization and development. //Curr Opin Neurobiol 13:482, 2003.
- 13.Ronnett GV, Moon C: G proteins and olfactory signal transduction. //Annu Rev Physiol 64:189, 2002.

РЕЗЮМЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБОНЯНИЯ И ДАВЛЕНИЯ В НОСОВЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ПРИ НАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гусейнов Т.А.

Центральная Больница Нефтяников, отделение Отоларингологии, г.Баку.

В современной пластической хирургии коррекция септальных отклонений занимает одно из важных мест. Во время операции в носовой части следует обратить внимание на обонятельную область. Исследование, проведенное у пациентов до и после операции, после проведения "Sniffin Sticks" теста не было выявлено статистических достоверных различий по порогу восприятия запаха, а также по тесту относительно выбора и различия запаха.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE STATE OF SMELL AND NASAL AIRWAY PRESSURE IN NASAL SURGERY**Huseynov T.A.****Central Oilmen's Hospital, Department of Otolaryngology, Baku.**

In modern plastic surgery correction of septal deviations is ranked in the first place. During nasal area operations should be paid attention to olfactory area. The study, carried out for patients before and after surgery, "Sniffin Sticks" smell the odor threshold test after test, the smell test of choice and comparison of statistics of the results of tests to distinguish an honest difference of smell has not been found.

Daxil olub: 27.01.2017.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ И КОМБИНАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОИДИТОВ.**Худиев А.М., Абилова Ф.А., Мамедли Ш. А., Агалар С.А,
Шадлинская А.А., Суджадинова А.Дж.**

**Учебно- хирургическая клиника
Азербайджанского Медицинского Университета.
Кафедры оториноларингологии и Нормальной физиологии.
Баку.**

При лечении аденоидитов, наибольший лечебный эффект достигается, при местном введение лекарственных препаратов. Также известно, что многие местно применяемые препараты отрицательно влияют на функции мерцательного эпителия (3,5). Одновременно мерцательный эпителий полости носа считается индикатором состояния функции носа. Концентрация лекарственных средств и их лечебная активность в этих концентрациях является актуальным при лечение аденоидитов (1,2,4). Для изучения функции мерцательного эпителия, до сих пор эксперименты проводятся на лягушках, несмотря на существенное различие между мерцательным эпителием полости носа человека, твердого неба и пищевода лягушки. Реснички эпителия лягушки на температуру окружающей среды реагируют по-другому, эпителий лягушки имеет холинергическую иннервацию, а в мерцательном эпителии человека холинергические волокна отсутствуют. Экспериментальное моделирование действия лекарственных средств является наилучшим методом исследования.

Цель и задачи исследования: Целью нашего исследования является определение концентрации и комбинации лечебных препаратов, и их влияние на мерцательный эпителий полости носа. С этой целью для изучения качества лечебных средств мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Изучить влияние 5% раствора натрия бикарбоната, 0,1% раствора адреналина гидрохлорида, 0,5% раствора диоксида, 2% раствора проторгола, 10% раствора сульфацила натрия и октенисепта на мерцательный эпителий твердого неба и пищевода лягушки.

Исследовать антимикробную активность 0,5% раствора диоксидина, 2% раствора проторгола, 10% раствора сульфацила натрия и октенисепта по отношению к полиморфной флоры при аденоидитах.

Применять комбинации щелочных и сосудосуживающих средств в комбинации антимикробных препаратов в клинической практике.

Материалы и методы исследования: Нами были поставлены опыты (на 70-ти лягушках), по определению предмета влияния на мерцательный эпителий неба и пищевода. Для улучшения подбора концентрации препаратов, вычислена сначала изотоническая концентрация для каждой жидкости по сравнению с заводской концентрацией. Определили максимально оптимальную дозу, при этом антимикробное действие лекарств соответствовало с минимальным функциональным воздействием на мерцательный эпителий (6,8). Определение изотонической концентрации каждого лекарства, произведена на основе изотонического раствора поваренной соли (0,9% NaCl). При этом не учитывалось изотоническое давление для хладнокровных- 0,6% раствор поваренной соли.

Таблица № 1

Название лекарств	Изотоническая концентрация	Оптимальная концентрация
Sol. Natrii hydrocarbonatis NaHCO ₃	1,3%	5%
Sol. Adrenalini hydrochloridi C ₉ H ₁₃ NO ₃	2,8%	0,1%
Sol. Dioxidini C ₁₀ H ₁₀ N ₂ O ₄	1,33%	0,5% ; 1%
Oktenisept C ₈ H ₁₀ O ₂	2,1%	2%
Sol. Sulfacyli natrii C ₈ H ₁₀ N ₂ O ₃ S	3,3%	10%
Sol. Protorgoli	1,6%	2%

Изотонические и применяемые дозы лекарственных средств при лечении аденоидита.

Влияние этих препаратов на мерцательный эпителий слизистой оболочки полости носа у детей, при лечении аденоидитов контролировался сахариновой пробой (7). Для этого сначала сахариновая проба проводилась у 10-ти здоровых детей и у 120-ти больных, с различными комбинациями лекарственных средств. Определяли 4 группы исследований, в каждой группе по 10 человек в возрасте от 8-12 лет. У этих детей сахариновая проба проводилась до лечения, на 4-й день от начала лечения и через 3 дня после окончания лечения.

Результаты показаны в таблице № 2.

Таблица № 2

Комбинация лекарственных препаратов	До лечения	На 4-й день лечения	Через 3 дня после лечения
Sol. Natrii hydrocarbonatis 5% Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% Sol. Dioxidin 0,5%	42± 5,4	30± 4,1	25± 2,1
Sol. Natrii hydrocarbonatis 5% Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% Sol. Sulfacyli natrii 10%	43± 4,5	37± 3,5	30± 4,9
Sol. Natrii hydrocarbonatis 5% Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% Sol. Oktenisept	40± 4,7	49± 5,2	39± 4,7
Sol. Natrii hydrocarbonatis 5% Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% Sol. Protorgoli 2%	41± 5,1	40± 4,7	37± 4,3

Сахариновая проба до лечения, во время и после лечения.

Результаты и обсуждения: При анализе полученных данных видно, что концентрация изотонического раствора натрия гидрокарбоната при математическом расчете 1,3%, но применение этой концентрации для разжижения слизистых выделений не является эффективным, поэтому наиболее эффективной концентрацией является 5%- раствор натрия гидрокарбоната. При этой концентрации разжижение слизи происходит быстро. Вместе с этим при этой концентрации, замедление движения мерцательного эпителия незначительное, соответственно $1,066 \pm 0,0528$ и $0,15 \pm 0,007$ мм/сек. Изотоническую концентрацию адреналина гидрохлорида определили на уровне 2.8%, форма выпуска этого препарата 0,1%. При этой концентрации у лягушек учащается движение мерцательного эпителия $1,276 \pm 0,115$ мм/сек (контрольная скорость $1,066 \pm 0,0528$). Антимикробные препараты изучены также на предмет антибактериальной активности. Для раствора диоксидина изотоническим является концентрация 1,33%, препарат выпускается в концентрации 0,5%; 1%. При 0,5% концентрации диоксидина скорость мерцательного эпителия лягушек $0,451 \pm 0,037$ мм/сек ($1,066 \pm 0,0528$ мм/сек). В этой концентрации антибактериальная активность 100% (в чашках Петри не выросли ни одной полиморфной флоры). При опытах раствором октенисепта заводской концентрацией, мерцательный эпителий лягушек парализуется, антибактериальное свойство у этого препарата максимальное. При проведении опыта 10% раствором сульфацила натрия, констатировали замедление функции мерцательного эпителия ($0,136 \pm 0,0048$ мм/сек). Антимикробное действие 10% раствора сульфацила натрия также максимальное. При проведении опыта 2% раствором проторгола (изотоническая концентрация 1,6%), скорость мерцательного эпителия определена на уровне $0,274 \pm 0,0108$ мм/сек. Но микробиологическое действие проторгола оказалось слабым, в чашках Петри определены $1,7 \pm 0,62$

колоний. Все параметры влияния лекарств на функции мерцательного эпителия указаны в таблице №3.

Таблица № 3

Препараты Опыты	Sol. Natrii hydrocarbona- tis 5%	Sol. Adrena- lini hydrochlo- ridi 0,1%	Sol. Sulfacyli - natrii 10%	Sol. Dioxidini 0,5%	Sol. Protorgoli 2%	Sol. Oktenisept	Контро- льная группа
опыт №1	0,15	1.42	0,14	0.5	0.28	паралич	1.11
опыт №2	0.16	1.25	0.14	0.4	0.27	паралич	1
опыт №3	0.17	1.42	0.14	0.45	0.27	паралич	1.11
опыт №4	0,16	1.11	0.13	0.47	0.26	паралич	1.11
опыт №5	0,15	1.42	0.13	0.5	0.28	паралич	1
опыт №6	0,15	1.25	0.13	0.42	0.31	паралич	1.11
опыт №7	0,15	1.11	0.14	0.37	0.27	паралич	1.11
опыт №8	0,14	1.42	0.14	0.5	0.25	паралич	1
опыт №9	0,16	1.25	0.14	0.47	0.27	паралич	1
опыт №10	0,16	1.11	0.13	0.43	0.28	паралич	1.11
Выводы	0.15± 0,007	1.276±0.1 15	0.136±0.0 048	0.451± 0.037	0.274± 0,0108		1,066± 0,0528

Влияния лекарственных средств на функции мерцательного эпителия лягушек.

Таким образом, гипертонические растворы и токсические действия лекарственных препаратов отрицательно влияют на функцию мерцательного эпителия лягушек. Надо отметить, что токсичность препаратов больше и сильнее угнетают функцию мерцательного эпителия. Как было указано выше, лечение проведено у четырех групп, с применением разных антимикробных средств. Для оценки результатов лечения применялась сахариновая проба.

У контрольной группы данные сахариновой пробы составляли 23,2±1,44 мин. В первой группе, у которых сахариновая проба до лечения составляла 42±5,4 мин, на четвертый день лечения сахариновая проба составляла 30±4,1 мин, через 3 дня после окончания лечения соответственно составляла 25±2,1 мин. При применении 10%-го раствора сульфацила натрия эти данные составляли 43± 4,5 мин, 37± 3,5 мин и 30± 4,9 мин. Больным, которым применяли раствор октенисепта на четвертый день данные сахариновой пробы увеличивались до 49± 5,2 мин, а через 3 дня после лечения составляли 39±4.7 мин. Больным, которым мы назначили как антимикробное средство 2% раствор проторгола, сахариновая проба составляла соответственно 41±5.1 мин до лечения, 40± 4.7 мин на четвертый день лечения, а через 3 дня после завершения лечения сахариновая проба составляла 37±4.3 мин.

На наш взгляд, во время лечения улучшение данных сахариновой пробы, связана с разжижением и очищением от слизи полости носа. Вместе с этим надо отметить, что лучшие результаты получаются при применении раствора диоксида. Эти данные подтверждаются результатами, полученными в экспериментах на мерцательном эпителии неба и пищевода лягушек.

Выводы:

Среди антимикробных средств применяемых при лечении аденоидитов, во время исследований, наилучшее влияние на функцию мерцательного эпителия лягушек оказывает 0.5% раствор диоксида (0.451±0,037), а наихудшее влияние оказывает раствор октенисепта

(вызывает паралич мерцательного эпителия). 2. Все применяемые антимикробные средства имеют высокую антисептическую активность кроме 2%-раствора проторгола ($1,7 \pm 0,62$ при контрольной группе $15,5 \pm 2,0$). 3. Лучшие результаты при лечении аденоидитов получены при применении 0.5% раствора диоксидина. Через 3 дня после лечения сахариновая проба составляла $25 \pm 2,1$ мин (можно сказать нормализовалась), худший результат получили при применении раствора октенисепта и проторгола. Сахариновая проба составляла соответственно (через 3 дня после лечения) $39 \pm 4,7$ мин и $37 \pm 4,3$ мин.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Архангельская И.И., Кулагина М.И., Матвеева Е.В. Один из диагностических критериев в выборе тактики лечения аденоидных вегетаций в детском возрасте // Российская ринология, 2007, №2, с.105
2. Волков А.Г., Давыдова А.П., Хачкиева Е.В. Наш опыт консервативного лечения аденоидита // Российская ринология, 2006, №1, с.30
3. Захарова Г. П., Шабалин В. В., Янов Ю. К. Моделирование движения ресничек мерцательного эпителия верхних дыхательных путей человека для оценки скорости мукоцилиарного транспорта // Российская ринология, 2005, №3 (16), с. 27-31
4. Малявина У.С. Топические препараты для лечения воспалительных заболеваний носа и носоглотки в педиатрической практике // РМЖ, 2014, №26, с. 19-21
5. Соловьева Н.А., Кулакова Г.А., Курмаева Е.А. Мукоактивная терапия при лечении острых респираторных инфекций у детей // Практическая медицина, 2013, №6 (75), с. 191-198
6. Paul, P., Johnson, P., Ramaswamy, P., et. al., The Effect of Ageing on Nasal Mucociliary Clearance in Women: A Pilot Study // *International Scholarly Research Notices*, 2013, p. 5
7. Plaza, V. P., Carrión, V. F., Marín, P. J., et. al., [Saccharin test for the study of mucociliary clearance: reference values for a Spanish population] // *Archivos de bronconeumologia*, 2008, vol. 44(10), p. 540-545
8. Tamilselvan, K., Latha, R., Kavitha, U., et. al., Effect of Gender on Nasal Mucociliary Clearance // *International Journal of Biomedical Research*, 2015, vol. 6(2), 92-96

X Ü L A S Ə

ADENOİDLƏRİN MÜALİCƏSİNDƏ İSTİFADƏ OLUNAN DƏRMAN PREPARATLARI VƏ ONLARIN KOMBİNASİYASININ KONSENTRASIYASININ OPTİMALLAŞDIRILMASI.

Xudiyev A.M., Əbilova F.A, Məmmədli Ş.Ə, Ağalar S.A., Şadlinskaya A.A., Sücəddinova A.C.

ATU-nun Tədris Cərrahiyyə Klinikası, Otorinolarinqologiya və Normal fiziologiya kafedraları. Bakı.

Acar sözlər: adenoidlər, səyrici epitel, dərman preparatları.

Tədqiqatlar 70 qurbagada, yaşı 8-12 arasında olan 120 nəfər adenoidli xəstələrdə (4 qrupda, kontrol qrup 10 nəfər), adenoidlərin müalicəsində istifadə olunan dərman preparatlarının burunun selikli qişasının və qurbaganın damaq və yemək borusunun səyrici epitelinə təsiri öyrənilərək, dərman preparatlarının konsentrasiyası optimallaşdırılmışdır. Bunun üçün qurbagaların damaq və yemək borusunun selikli qişasının səyrici epitelinə natrii hydrocarbonatis, adrenalini hydrochloridi, dioksidini, sulfacyli natrii, oktenisept və protorqoli məhlullarının təsiri öyrənilmişdir. Bu dərmanların hansı konsentrasiyada səyrici epitelin hərəkətlərinə az təsir edən dozalar təyin edilmişdir. Bundan əlavə olaraq müxtəlif dərman kombinasiyalarının burunun selikli qişasının səyrici epitelinə təsiri sanarin sınağı ilə izlənilmişdir. Digər tərəfdən istifadə olunan antimikrob preparatlarının polimorf antibakterial təsiri öyrənilmişdir. Alınan nəticələrdə qurbaganın selikli qişasına ən mənfə təsir göstərən preparat oktenisept olmuşdur. Səyrici epitelin funksiyasını qücləndirən isə adrenalın məhlulu olmuşdur. Antimikrob təsiri ən az olan məhlul isə 2% protorqol olmuşdur. Xəstələrin

müalicəsində bu hallar öz əksini tapmışdır. Beləliklə ən yaxşı nəticə dioksidin məhlulunun kombinasiyası ilə olan preparatlarla müalicədə burunun selikli qişasındakı səyrici epitelin funksiyası daha erkən normallaşmağa başlayır.

SUMMARY

THE MEDICINES USED FOR THE TREATMENT OF ADENOIDITIS AND OPTIMIZATION OF THEIR COMBINATION'S CONCENTRATION

Khudiyev A.M., Abilova F.A, Mammadli Sh.A, Agalar S.A, Shadlynskaya A.A, Sudjaddinova A.J.

Surgical Training Center, Normal Physiology department of Azerbaijan Medical University

Key words: adenoiditis, ciliar epithelium, medicines

Seventy fogs and 120 adenoiditis patients between 8-12 ages were included in the study as four groups and one control group which included 10 patients.

The aim of this study was to determine the effect of the medicines to the ciliar epithelium activity of human nasal cavity's mucosae and palatal, esophageal ciliar epithelium of the fogs.

For that learned the effect of such medicines as Sodium bicarbonatis, Adrenalini hydrochlorici, solution of dioxidini, sulfacili sodium, Oxtynicept and solution of protorgoli to the ciliar epithelium of palatal and esophageal mucosal layer of fogs. The dosage was determined which concentration of these drugs less effect mucociliar clarence. Beside it the effect of different medicines combination were observed by "saccharin test" on the other hand studied polymorphological antibacterial effect of antibacterial medicines.

At the result of experiments have been found the negative impacting drug was oxtinicept. But most reinforcing medicine of mucociliar clarence is a solution of Adrenalini hydrochlorici. Less antimicrobial effect of that drug was two percent solution of Protorgoli. All these cases were reflected to the result of the treatment. So that best result has been achieved during using the medicines combinations with the solution dioxidini, because of normalization of mucociliar clarence function begin more early.

Daxil olub: 15.10.2016.

ENUKLEASIYA VƏ EVISSERASIYA ƏMƏLIYYATLARINDAN SONRA FƏSADLARIN TEZLİYİ VƏ STRUKTURU

İsmayılov Q.M.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu.

Giriş. Göz xəstəliklərinin ağır fəsadlarının nəticəsində enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına göstərişlər formalaşır. Bu əməliyyatların da fəsadlaşma ehtimalı mövcuddur [1-7]. Stokholm göz klinikasında 1998-2009 – cu illər arasında 2 – 86 yaşlarda 28 kişi və 43 qadında 41 enukleasiya, 6 evisserasiya və 24 digər əməliyyatların əksəriyyəti retinoblastoma (27), travma (25), bədxassəli

melanoma (10) və başqa səbəblərlə (9) bağlı həyata keçirilmiş, 24 fəsadlaşma qeydə alınmışdır [1]. Fəsadların əksəriyyəti implantın miqrasiyası (9), orbital həcm qeyri adekvatlığı (7), implantın ekstruziyası və ekspozisiyası (6) ilə bağlıdır. Fəsadlaşmanın tezliyi ümumən 34% təşkil etmişdir. İordaniya universitet klinikasında əsasən travma (33,3%), endoftalmit (28,6%) və keratitlərlə bağlı (23,8%) 42 evisserasiya və 26 enukleasiya əməliyyatı həyata keçirilmiş və 38,5% hallarda müxtəlif fəsadlar müşahidə olunmuşdur [2]. Burada tikişlərin açılması (7 hadisə) digər fəsadlara nisbətən çox qeydə alınmışdır (implantın ekspozisiyası – 3, ekstruziyası – 3, miqrasiyası – 1). [3] İranda 107 enukleasiya əməliyyatından sonra 48 fəsad (44,9%), o cümlədən 16 implantın ekspozisiyası, 5 sellülit, 3 irinləmə müşahidə etmişdir. [4] Boqotada əksərən travma (49,2%), az hallarda qlaukoma (8,9%), yenitörəmə (8,4%) və digər (33,5%) səbəblərlə bağlı həyata keçirilən 209 evisserasiya və 161 enukleasiya əməliyyatından sonra 22 fəsadlaşma (6%) qeydə alınmışdır (7 implantın ekspozisiyası, 1 – ekstruziyası və sair). [5] 60 xəstədə əməliyyatdan sonra 4 fəsad barəsində məlumat verir (6,7%). Göründüyü kimi enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalı geniş intervalda dəyişir (34% inkişaf etmiş ölkədə, 6,7% inkişaf etməkdə olan ölkədə). Ölkələrdə fəsadların riskində fərq ilk növbədə fəsadların adekvat qeydiyyatından asılıdır. Azərbaycanda enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadları barədə məlumat azdır.

Tədqiqatın məqsədi: Azərbaycanda enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların tezliyi və strukturunu qiymətləndirmək.

Tədqiqatın materialları və metodları: müşahidə vahidi kimi enukleasiya və evisserasiya əməliyyatına məruz qalmış pasiyent götürülmüşdür. Tədqiqat retrospektiv ucdantutma yolu ilə həyata keçirilmiş 510 əməliyyatın nəticələri işlənmişdir. Əməliyyatdan sonra bir il müddətində qeydə alınmış fəsadlar təhlil olunmuşdur. E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına göstərişin əsas səbəbləri, pasiyentlərin yaşı, cinsi nəzərə alınmaqla fəsadlaşmaların tezliyi (100 xəstəyə görə) və növlərinə görə strukturu (100 fəsada görə), göstəricilərin orta xətası hesablanmışdır [8].

Alınmış nəticələr: E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşmaları ilə bağlı ümumi məlumatlar 1-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi əməliyyatların əksəriyyətinin ilkin səbəbi qlaukoma, endoftalmitlər ($20,4 \pm 1,8\%$) ($39,8 \pm 2,2\%$) və göz travmalarının nəticələri ($13,3 \pm 1,5\%$) olmuşdur. Digər səbəblərə bağlı əməliyyatların xüsusi çəkili xeyli azdır (5,5% keratitlər, 4,7% yenitörəmələr, 16,3% digər səbəblər).

Cədvəl № 1.

E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların tezliyi

E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatının səbəbləri	Əməliyyatların sayı	Fəsadların sayı	100 əməliyyata düşən fəsadlar
Travmaların nəticələri	68	11	16,2±4,5
Endoftalmit	104	22	21,2±4,0
Qlaukoma	203	32	15,8±2,6
Keratitlər	28	8	28,6±8,5
Yenitörəmələr	24	8	33,3±9,6
Digər səbəblər	83	13	15,7±4,0
Cəmi	510	94	18,4±1,7

E nukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadlaşmaların tezliyi (100 əməliyyata görə) $18,4 \pm 1,7$ təşkil etmişdir (25% etibarsızlıq intervalında 15,0–21,8). Əməliyyat üçün göstərişin ilkin səbəblərindən asılı fəsadlaşmaların

tezliyi (100 əməliyyata görə 16,2±4,5 – ilə 33,3±9,6 arasında dəyişmiş, bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($\chi^2 \leq 3,1$; $u=1,0$; $p>0,05$). Hesab etmək olar ki, enukleasiya və evisserasiya üçün göstərişi yaradan xəstəliklər əməliyyatın fəsadlaşma riskini əhəmiyyətli dərəcədə dəyişdirmir.

Xəstələrin yaş tərkibində 0 – 19, 20 – 39, 40 – 45, 60 və yuxarı yaşlı şəxslərin xüsusi çəkisi fərqli olmuşdur və müvafiq olaraq: 12,4; 21,2; 27,8 və 38,6% təşkil etmişdir. Yaşdan asılı enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadlaşmaların tezliyi 2-ci cədvəldə göstərilmişdir. Göründüyü kimi, fəsadlaşmaların tezliyi (100 əməliyyata görə) 12,7±4,2 ilə 21,3±2,9 arasında dəyişmiş və bir – birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir ($\chi^2 \leq 1,9$; $u=1,0$; $p>0,05$). Beləliklə, xəstələrin yaşından asılı fəsadlaşmaların tezliyinin fərqi statistik dürüst deyildir.

Cədvəl № 2.***Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadlaşma riskinin yaşdan asılılığı***

Xəstələrin yaşı, illər	Əməliyyatların sayı	Fəsadların sayı	100 əməliyyata düşən fəsadlar
0 - 19	63	8	12,7 ± 4,2
20 - 39	108	14	13,0 ± 3,2
40 - 59	142	30	21,1 ± 3,4
60 +	197	42	21,3 ± 2,9
Cəmi	510	94	18,4 ± 1,7

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının əksəriyyəti kişi pasiyentlərdə tətbiq edilmişdir (62,9%). Kişi və qadın pasiyentlərdə əməliyyatdan sonra fəsadlaşmaların tezliyi (100 əməliyyata görə) 22,1±2,3 və 12,2±2,4 təşkil etmişdir ($t=2,9$; $p<0,01$). Kişilərdə qadınlarla müqayisədə fəsadlaşmaların riski 1,8 dəfə yüksəkdir (cədvəl 3).

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlarının növlərinə görə bölgüsü 4-cü cədvəldə verilmişdir. Ən çox müşahidə olunan fəsad tikişin açılması olmuşdur (bütün fəsadların 26,6%-i; 100 əməliyyata görə 4,9±1,0). Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadları arasında tikişin açılması fəsadının xüsusi çəkili bir – birindən fərqlənmirlər (29,2±5,6 və 20,7±7,5%; $p>0,05$).

Cədvəl № 3.***Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının xəstənin cinsindən asılı fəsadlarının səviyyəsi***

Cins	Əməliyyatların sayı	Fəsadların sayı	100 əməliyyata düşən fəsadlar
Kişi	321	71	22,1±2,3
Qadın	189	23	12,2±2,4
Cəmi	510	94	18,4±1,7

İnfeksiyon fəsadlaşmaların xüsusi çəkisi 25,5% olmuşdur. Evisserasiya (30,7±5,7%) və enukleasiya (13,8±6,4%) əməliyyatları arasında infeksiyon fəsadların xüsusi çəkili bir – birindən dürüst fərqlənirlər.

Cədvəl № 4.***Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların növlərinə görə strukturu***

Fəsadlar	Evisserasiya №-382		Enukleasiya №-128	
	sayı	%	sayı	%
Tikişin açılması	19	29,2±5,6	6	20,7±7,5
İmplantın ekspozisiyası	8	12,3±4,1	3	10,3±5,6
İmplantın ekstruziyası	9	13,9±4,3	6	20,7±7,5
İmplantın miqrasiyası	-	-	2	6,9±4,7
İnfeksiyalaşma	20	30,7±5,7	4	13,8±6,4
Digər	9	13,9±4,3	8	27,8±8,3
Cəmi	65	100,0	29	100,0

Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının hər 100 hadisəsinə müvafiq olaraq $17,0 \pm 1,9$ və $22,7 \pm 3,7$ fəsadlaşma düşür və bir – birindən statistik dürüst fərqlənmirlər. Bu əməliyyatlara düşən ayrı – ayrı fəsadların tezliyi təşkil etmişdir: tikişin aşılması – 4,9; implantın ekspozisiyası – 2,2; implantın ekstruziyası 2,9; implantın miqrasiyası – 0,4; infeksiyalar – 4,7 (hər 100 əməliyyata görə).

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Aldığımız nəticələri ədəbiyyat məlumatları ilə müqayisə etdikdə [1-7] ilk növbədə evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının seçimində fərq diqqəti cəlb edir. İsveçdə [1] əsasən enukleasiya (əməliyyatların 87% - i), İordaniyada, Boqotoda əksər hallarda evisserasiya (bütün əməliyyatların 61,8 və 56,5%) əməliyyatları tətbiq edilmişdir. Bizim müşahidəmizdə də evisserasiya əməliyyatlarının xüsusi çəkisi yüksəkdir (74,9%). Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma tezliyi (100 əməliyyata görə) İsveçdə 34,0; İordaniyada 38,5; Boqotada 6,0; Rusiyada [5] 6,7; bizim müşahidəmizdə 18,4 olmuşdur. Göründüyü kimi Azərbaycanda evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalı orta səviyyədədir, İsveç və İordaniya ilə müqayisədə fəsadların riski az, Boqota və Rusiya ilə müqayisədə isə çoxdur. Ehtimal etmək olar ki, fəsadların tezliyi barədə məlumatların fərqi qeydiyyatın adekvatlığı ilə bağlı ola bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, ədəbiyyatda fəsadların tezliyinin etibarlılıq intervalı verilmədiyinə görə göstəricilərin fərqlərini dürüst hesab etmək olmaz.

Qeydə alınmış fəsadların strukturunda fərq müşahidə olunur. İsveçdə implantın miqrasiyası, İordaniyada və bizim müşahidəmizdə tikişlərin açılması, İranda isə implantın ekspozisiyası ən çox müşahidə olunan fəsadlar olmuşdur. Bundan əlavə bizim müşahidəmizdə digər müşahidələrdə az qeydə alınmış infeksiyon fəsadlar nisbətən çox rast gəlinmişdir.

Beləliklə, Azərbaycanda həyata keçirilən evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının fəsadlaşmalarının fərqli xüsusiyyətləri mövcuddur.

Nəticələr

1.Orta hesabla 100 enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına $18,4 \pm 1,7$ (95% etibarlılıq intervalı 15,0 – 21,8) fəsadlaşma hadisəsi düşür.

2.Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatları fəsadlaşma ehtimalına görə (100 əməliyyata görə müvafiq olaraq $17,0 \pm 1,9$ və $22,7 \pm 3,7$ fəsad) bir – birindən fərqlənmirlər.

3.Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının fəsadlaşma ehtimalı kişilərdə ($22,1 \pm 2,3$ əməliyyata görə) qadınlarla müqayisədə ($12,2 \pm 2,4$) 1,8 dəfə yüksəkdir.

4.Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının fəsadlarının strukturunda əsas yerləri ardıcılıqla tikişlərin açılması, infeksiyalar, implantın ekstruziyası, ekspozisiyası və digər fəsadlar tuturlar.

5.Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarından sonra fəsadların strukturu fərqlidir, infeksiyon fəsadların xüsusi çəkisi evisserasiyadakı fəsadlar arasında üstünlük təşkil edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Sundelin K.C. and Kopp E.M. Complications associated with secondary orbital implantations//Acta Ophthalmology, 2015, 93:679-683
2. Ababneh O.H., Taleb E.A., Ameerh M.A. and Yousef Y.A. Enucleation and evisseration at a tertiary care hospital in a developing contry // BMC ophthalmology, 2015, 15 – 120 .
3. Valeshabad A.K., Naseirour M., Asghari R., et al. Enucleation and evisceration: indications, complications and clinic-pathological correlations // Int S ophthalmol., 2014, vol.7, № 4, , 677 – 680.
4. Vittorino M., Serrano F., Suarez F. Enucleation and evisseration: 370 cases review. Results and complications // Arch. SOC ESP ophthalmol., 2007, 82: 495 – 500
5. Цурова Л.М., Милгодин Е.С. Сравнительный анализ использования различных орбитальных имплантатов для формирования после энуклеационной опорно – двигательной культуры // Вестник ОГУ, 2014, №12, с.334-337

6. Цурова Л.М. Анализ отдельных результатов использования различных орбитальных имплантатов после энуклеации, эвиссерации и отсроченной пластики культи // Аспирантский вестник Поволжья, 2015, №5 – 6, с.274-276
7. Cafiero-Chin M., Marques C., Dautz H. Ocular Prosthesis: Indications to management //Canadian journal of optometry, 2013, vol. 77 issue 2, 24-32
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика М. 1999 459 с.

РЕЗЮМЕ

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНУКЛЕАЦИИ И ЭВИССЕРАЦИИ

Исмаилов Г.М.

Цель: оценки уровня и структура послеоперационных осложнений при энуклеации и эвиссерации.

Материалы и методы исследования: Единица наблюдения – пациент после операции энуклеации и эвиссерации. Объем наблюдения – 510 пациентов, число осложнений – 94.

Результаты: частота осложнений составляла $18,4 \pm 1,7$ в расчете на 100 операций, которая колебалась в интервале от $16,2 \pm 4,5$ до $33,3 \pm 9,6$ в зависимости от причины операций, от $12,7 \pm 4,2$ до $21,3 \pm 2,9$ в зависимости от возраста, от $12,2 \pm 2,4$ до $22,1 \pm 2,3$ в зависимости от пола, от $17,0 \pm 1,9$ до $22,7 \pm 3,7$ в зависимости от вида операций.

Заключение. В структуре послеоперационных осложнениях при энуклеации и эвиссерации последовательного основные места занимают расхождение швов, инфекционные осложнения, экстррузия и экспозиция имплантов.

Ключевые слова: послеоперационные осложнение, энуклеация, эвиссерация, частота

SUMMARY

THE FREQUENCY AND PATTERN OF POST-SURGERY COMPLICATIONS IN CASES OF ENUCLEATION AND DISEMBOWELMENT

Ismayilov H.M.

Purpose of the study: To assess the level and structure of post-surgery complications in cases of enucleation and disembowelment.

Materials and methods of the study: The observation unit - patient after surgery of enucleation and disembowelment. Monitoring volume - 510 patients, the number of complications - 94.

Results: The frequency of complications is $18,4 \pm 1,7$ per 100 surgeries, which changes between $16,2 \pm 4,5$ and $33,3 \pm 9,6$ depending on the reason of surgery, between $12,7 \pm 4,2$ and $21,3 \pm 2,9$ depending on age of patient, between $12,2 \pm 2,4$ and $22,1 \pm 2,3$ depending on gender, between $17,0 \pm 1,9$ and $22,7 \pm 3,7$ depending on type of surgery.

Conclusion. Structure of post-surgery complications in cases of generally consists of joints discrepancy, infectious complications, extrusion and exposure of implants.

Key words: post-surgery complications, enucleation, disembowelment, frequency

Daxil olub: 14.02.2017.

EKZOGEN-KONSTITUSİONAL TIPLİ PIYLƏNMƏ OLAN QADINLARDA REPRODUKTİV VƏ SOMATİK SAĞLAMLIĞIN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Kamilova N.M., Səfərova A.Z., Sultanova İ.A., Mirzəyeva X.

Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq-ginekologiya kafedrası.

Piylənmə sosial cəhətdən ən əhəmiyyətli xəstəlik olub, epidemiya miqyasını almışdır (ÜST göstəricilərinə əsasən). Bir sıra epidemioloji tədqiqatların nəticələrindən məlum olmuşdur ki, Avropada piylənmə olan xəstələr populyasiyası 30%, artıq bədən çəkisi olan 25% təşkil edir [1,2].

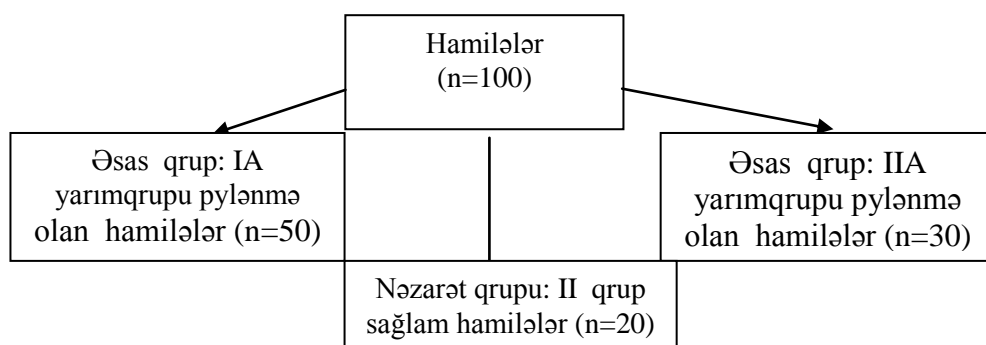
Piylənmə-xronik çoxfaktorlu xəstəlik olub, piy toxumalarının həddindən artıq inkişaf etməsi, təbii gedişatda şiddətlənməsi, müalicə kursundan sonra ağırlaşmaları olan və böyük ehtimalla residivləşməsilə xarakterizə olunur. Çox zaman hamilələrdə ürək-damr sistemi xəstəlikləri (17,1-43,5%), orqanizmin immunoloji rezistentliyin aşağı düşməsi nəticəsində infeksiya xəstəlikləri (51,6-59,7%), həzm sistemi orqanları (3,8-7,9%), sidik-cinsiyyət orqanları xəstəlikləri (4,8-9,9%), tənəffüs sistemi xəstəlikləri (7,1%) qeydə alınır [3,4]. Qadınlarda piylənmə reproduktiv funksiya pozuntularının, hestasiya ağırlaşmaları və doğuşun patoloji gedişatının yüksək tezliyi ilə yanaşı olur [5,6]. Qeyd etmək lazımdır ki, piylənmə ilə yanaşı somatik xəstəliklər hamiləliyin gedişatı və sonluğuna arzuolunmaz təsirlər göstərir.

Tədqiqatın məqsədi: piylənmə olan hamilə qadınların reproduktiv və somatik sağlamlıq vəziyyətinin təhlili.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universitetinin I mamalıq-ginekologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün tərəfimizdən 2012-2015-ci illər ərzində 100 qadın müayinə edilmişdir. Qruplar aşağıdakı şəkildə ayrılmışdır: IA əsas qrupu-50 xəstə. Bu qadınları biz hamiləliyə hazırladıq və bütün hestasiya dövrünü apardıq. IB əsas qrupu- 30 xəstə. Yalnız hamiləliyin II və ya III trimestrlərində müayinə edilən və lazımi tibbi-profilatik tədbirlər aparılmış qadınlar. Nəzarət qrupu-fizioloji gedişatlı hestasiya dövrünə malik 20 qadın.

Bütün qadınlara mövcud olan mamalıq müayinəsi standartlarına müvafiq olaraq nozoloji patologiya nəzərə alınmaqla klinik və laborator müayinələr aparılmışdır. Nəzarətdə olan bütün xəstələrdə ətraflı şəkildə xəstəliyin anamnezi, keçmişdə keçirilən yanaşı xəstəliklər və ümumi somatik xəstəliklə, aybaşı, cinsi və reproduktiv funksiyanın vəziyyəti öyrənilmişdir.

Randomizasiya yaş, sosial-faktorlar, yanaşı gedən ginekoloji və ekstragenital xəstəliklər üzrə aparılmışdır.



Sxem. Müayinə edilən qadınlar qruplarının dizaynı

Əldə edilən nəticələr müasir tətbiqi statistik təhlil paketləri istifadə edilməklə işlənmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Bizim tədqiqatların göstəricilərinə əsasən qadınlar əksər hallarda orta təhsilli olmuşlar: IA-25 (50%), IIB-14 (46,6%), nəzarət qrupu-9 (45%) qadın. Ali təhsil IA yarımqr- 16 (32%), IIB yarımqr- 12 (40%) və nəzarət qrupunda (20%) nəfər. Orta-ixtisas təhsili IA əsas qrupda 9 (18%), IIB əsas qrupda 4 (13,3%) və nəzarət qrupunda 7 (35%) nəfər olmuşdur. əmək fəaliyyəti təhili edildikdə məlum olmuşdur ki, IA qrupda 28 (56%), IB-14(46,6%), nəzarət qrupunda 10 (50%) qadın fəaliyyətdə olmuşdur.

Bu qadınlarda xronik xəstəliklər, infeksiya-iltihab təbiətli xəstəlikləri rastgəlmə tezliyi praktik olaraq IA, IB və nəzarət qrupunda eyni olmuşdur (Cədvəl 1).

Bununla yanaşı olaraq qruplarda dəmirdefisitli anemiya (müvafiq olaraq 72%, 46,6 % və 50 %), xronik mədə, bağırsağ və öd kisəsi xəstəlikləri (62%, 96,4% və 25%) dominantlıq etmişdir. Endokrin sistem patologiyası IA əsas qrupda 22%, IB 13,3%, nəzarət qrupunda 5% xəstədə qeydə alınmışdır. xronik pielonefritdən IA qrupda 10%, IB qrupda 13,3% və nəzarət qrupunda 5% xəstə əziyyət çəkmişdir. Çox zaman bir neçə ekstragenital xəstəliyin birlikdə olması qeydə alınmışdır.

Əsas qruplarda və nəzarət qrupunda daha çox yanaşı olan ekstragenital patologiyalar cədvəl 2-də öz əyani şəkildə öz əksini tapmışdır.

Anamnez göstəriciləri öyrənildikdə cinsiyyət sisteminin sepsifik xüsusiyyətləri böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ona görə biz müayinə qruplarında aybaşı funksiyasının bərqərar olmasının xüsusiyyətlərini təyin etməyi qərara aldı.

Qasıq nahiyəsində tüklərin böyüməsi ilə özünü göstərən adrenarxe yaşı hər üç qrup qadınlarda eyni olmuşdur. IA əsas qrupda 25(50%) qadında, IB əsas qrupda 17(56,6%) və nəzarət qrupunda 16(80%) qadında sikl aybaşı başladıqdan 1 il sonra bərqərar olmuşdur (Cədvəl 3).

Menarxe yaşı 15 və ondan yuxarı olan IA əsas qrupda 2(4%), IB qrupda 5(6,6%) və nəzarət qrupunda 1(5%) qadın olmuşdur . Bir sıra müəlliflətin fikrincə, menarxenin erkən və ges başlanması maddələr mübadləsi riskini artırır ki, bu da piylənməyə gətirib çıxarır.

Cədvəl № 1.

Müayinə edilən qadınlarda ekstragenital xəstəliklər

Xəstəliklərin siyahısı	Əsas qrup IA (n=50)		Əsas qrup IB (n=30)		Nəzarət qrupu (n=20)	
	Müt.r.	%	Müt.r.	%	müt.r.	%
Xronik tonsillit	9	18	4	13,3	2	10
Xronik haymorit	6	12	5	16,6	1	5
Xronik bronxit	5	10	2	6,6	3	15
Xronik pielonefrit	3	6	4	13,3	2	10
Xronik gastrit	11	22	12	40	3	15
Karies	15	30	11	36,6	4	20
Xronik xolesistit	9	18	6	20	2	10
Xronik ezofagit	3	6	1	3,3	-	

Cədvəl № 2.

Müayinə ediləb qruplarda ekstragenital xəstəliklərin strukturu

	Xəstəliklər	Əsas qrup IA (n=50)		Əsas qrup IB (n=30)		Nəzarət qrupu (n=20)	
		Müt.r.	%	Müt.r.	%	Müt.r.	%
1	Dəmirdefisitli anemiya	36	72	14	46,6	10	50
2	Ürək-damar sistemi xəstəlikləri	25	50	15	50	9	45
	Arterial hipertenziya	8	16	6	20	3	15
	varikoz xəstəliyi	8	16	6	20	1	5
3	Arterial hipotoniya	9	18	3	10	5	25
	tənəffüs sistemi xəstəlikləri:	3	6	4	13,3	1	5
	Xronik bronxit	3	6	4	13,3	1	5
4	Sidik ifrazat sistemi xəstəlikləri	5	10	4	13,3	1	5
5	Endokrin sistemi xəstəlikləri	4	8	4	13,3	1	5
	diffuz zob	2	4	3	10	-	
	fibroz-kistoz mastopatiya	2	4	1	3,3	1	5
6	Mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri:	18	36	16	53,3	3	15
	Qastrit	16	32	14	46,6	3	15
	Mədə xorası xəstəliyi	2	4	2	6,6	-	
7	Xronik xolesistit	13	26	8	26,6	2	10

IA qrupda 48% qadında, IB qrupda 50% və nəzarət qrupunda 30% qadında menarxe 11-12 yaşda başlanmışdır. Aşkar edilmişdir ki, bütün yaş qruplarında menarxenin 13-14 yaş intervalında olan qadınların maksimal faizi qruplar üzrə müvafiq olaraq, xəstələrin sayının 46%, 30% və 65% təşkil edir (Cədvəl 3). Bundan başqa, IA əsas qrupda 28(56%) qadında, IB əsas qrupda 63,3% və nəzarət qrupunda 15% qadında aybaşı ifrazatının həcmi böyük olmuş-dur (Cədvəl 4).

Aybaşı siklinin davam etmə müddəti belə bir qənaətə gəlməyə imkan verir ki, piylənmə olan qadınlarda aybaşı sikli uzun olur. aybaşı siklinin 22-25 gün olduğu IA əsas qrupda 26%, IB əsas qrupda 26,6% və nəzarət qrupunda 75% qadında qeydə alınmışdır. 26-30 günlük sikl isə IA qrupda 56%, IB- 63% və nəzarət qrupunda 15% təşkil etmişdir.

Beləliklə, piylənmədən əziyyət çəkən qadınlarda nəzarət qrupu qadınlara nisbətən erkən, çox ifrazatlı, uzun davam etmə müddətli və ağırlı menarxe dürüst çox qeydə alınmışdır. Onlarda nəzarət qrupuna nisbətən müntəzəm aybaşı ritminin bərqərar olması, pubertat dövrə aybaşı zamanı fiziki yüklənmələr çox olmuşdur. piylənmə zamanı aybaşı funksiyasının xüsusiyyətlərinə bir çox müəlliflər göstərmişlər. Bununla əlaqədar olaraq aybaşı siklinin xüsusiyyətlərini əks etdirən əlamətlər qrupu müəyyən edilmişdir. bu əlamətlər üzrə qruplarda dürüst fərqlər olmuşdur: aybaşının və aybaşı siklinin davam etmə müddəti, onun müntəzəmliyi, aybaşı ifrazatının xarakteri və aybaşının ağırlı olması.

Cədvəl № 3.**Cinsi yetişkənlik əlamətləri üzrə qadın paylaşdırılması**

Qiymətləndirilən əlamətlər		IA əsas qrup (n=50)		IB əsas qrup (n=30)		Nəzarət qrupu (n=20)	
		müt.r.	%	müt.r.	%	müt.r.	%
Pubertat sıçrayışlar	>12 yaş	10	20	4	13,3	2	10
	12-14 yaş	27	54	18	60	15	75
	15-17 yaş	11	22	6	20	2	10
	18 yaş və daha yuxarı	2	4	2	6,6	1	5
adrenarxe yaşı	Məlum deyil	14	28	9	30	3	15
	15 yaşa qədər	29	58	17	56,6	15	75
	15-17 yaş	4	8	3	10	2	10
	18-21 yaş	3	6	1	3,3	-	-
Aybaşının başlanması	9-10 yaş	3	6	4	13,3	2	10
	11-12 yaş	21	42	11	36,6	4	20
	13-14 yaş	23	46	9	30	13	65
	15-16 yaş	2	4	5	16,6	1	5
aybaşı siklinin bərqərar olması dövrü	dərhal	24	48	12	40	9	45
	1 il	23	46	9	30	7	35
	2-3 il	11	22	6	20	3	15
	müəyyən edilməyib	2	-	3	-	1	-
cinsi həyatın başlanması	13-15 yaş	1	2	-	-	-	-
	16-18 yaş	1	2	1	3,3	1	5
	19-21 yaş	5	10	4	13,3	2	10
	22-25 yaş	14	28	5	16,6	4	20

Cədvəl № 4.**Aybaşı siklinin xarakteristikası**

Qiymətləndirilən əlamət		IA əsas qrup (n=50)		IB əsas qrup (n=30)		Nəzarət qrupu (n=20)	
		müt.r.	%	müt.r.	%	müt.r.	%
ifrazatın həcmi	cüzi	9	18	3	10	2	10
	orta	13	26	18	26,6	13	75
	çox	28	56	19	63,3	3	15
aybaşının müntəzəmliyi		27	54	14	46,6	20	100
ağrılı aybaşı	bəzən	11	22	7	23,3	3	15
	bəli	26	52	18	60	5	25
	xeyr	23	46	5	16,6	11	55

Nəticədə IA və IB əsas qrupları nəzəət qrupundan dürüst fərqləndirən əlmsəətlər kombinasiyası aşkar edilmişdir. maksimal risks qrupunda aybaşı sikli 26-30 gün davam edən və aybaşımım 3-4 gün davam etdiyi qadınlar daxil edilmişdir. həmin qrupa daha uzun (31-35 gün) və müntəzəm olmayan, çox ifrazatlı və davam etmə müddəti 5-6 gün olan ağrılı aybaşı olan qadınlar da aid edilir.

Bu xəstəlik üçün minimal risk qrupuna əsasən orta, bəzən ağrılı aybaşısı olan və sikli 25-28 gün, aybaşının özünün 3-4 gün davam edən qadınlar aid edilir.

Piylənmə olan qadınlarda cinsi həyatın başlanması ümumi tendensiyalardan fərqlənməmişdir. Belə ki, IA əsas qrupda 20 yaşa qədər 8% qadın, IB əsas qrupda 70% və nəzarət qrupunda 75% qadın olmuşdur (Cədvəl 5).

Cədvəl № 5.

Nikah münasibətlərinə əsasən qadınların paylaşdırılması

Qiymətləndirilən əlamətləri		IA əsas qrup (n=50)		IB əsas qrup (n=30)		nəzarət qrupu (n=20)	
		müt.r.	%	müt.r.	%	müt.r.	%
Yaş	17-20 yaş	4	8	3	10	2	10
	21-25 yaş	15	30	6	20	4	20
	26-30 yaş	14	28	15	50	11	55
	>30 yaş	15	30	5	16,6	3	15
nikahların sayı	1	47	94	30	100	18	90
	2	3	6	-		2	10

Cədvəl № 6.

Müayinə edilən qadınların mamalıq təhlili

		IA əsas qrup (n=50)		IB əsas qrup (n=30)		nəzarət qrupu (n=20)	
		%	müt.r.	%	müt.r.	%	müt.r.
1	birinci dəfə hamilələr	21	42	12	40	14	70
	təkrar hamilələr	29	58	18	60	6	30
2	birinci dəfə doğanlar	16	32	16	53,3	15	75
	təkrar doğanlar	34	68	14	46,6	5	25
3	Doğuşlar						
	1	38	76	16	53,3	15	75
	2-3	6	12	11	36,6	4	20
	4-5	4	8	2	6,6	1	5
	>5	2	4	1	3,3	-	
	vaxtıdan əvvəl doğuşlar	4	8	6	20	-	
4	vaxtıdan əvvəl doğuşlar (anamnezdə)						
	1-2	8	16	6	20	1	5
	3-4	3	6	5	16,6	-	
	>5	3	6	2	6,6	-	
5	özbaşına düşüklər						
	1-2	16	32	12	40	1	5
	3-4	5	10	4	13,3	-	
	>5	7	14	4	13,3	1	5
6	süni abrotlar						
	1-3	11	22	8	26,6	8	40
	4-6	4	8	4	13,3	4	20
	6-9	3	6	3	10	3	15
	>10	1	2	3	10	1	5
7	inkışafdən qalan hamiləlik	11	22	7	23,3	1	5

Mamalıq anamnezi öyrəniləndikdə məlum olmuşdur ki, əsas qrupda 34(68%) qadının, müqayisə qrupunda 14(46,6%) və 5(25%) qadının anamnezində hamiləlik olmuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, əsas qrup hamilələr birinci dəfə doğanlar olmuşdur. Əsas qrupda tibbi abrotlar 19 (38%), müqayisə qrupunda 18(30%) qadında yer almışdır. Əsas qrupda 22%-də 1-3, müqayisə qrupunda 26,6% və nəzarət qrupunda 40%; 4-6 abort 8%, 13,3%, 20% qadında olmuşdur. Piylənmə olan qadınlarda süni abrot zamanı ağırlaşma qismində nəzarət qrupuna nisbətən 2 dəfə iltihabi proses inkışaf etmiş, 13 qadında qanaxma baş vermişdir. Birinci qrupda özbaşına abrotlar 28(56%), ikinci qrupda 20(66,6%) qadında yer almışdır.

Ginekoloji xəstəliklər strukturunda cinsiyyət orqanları iltihabi xəstəlikləri üstünlük təşkil etmişdir: xronik endometrit və adneksit, uyğun olaraq IA əsas qrupda 11(22%), müqayisə qrupunda 11(36,6%) qadında olmuşdur. Endometrio-

zun (adenomioz, endometroid yumurtalıq kistası) uşaqlıq mioması və yumurtalıq kistomoması ilə yanaşı olması əsas qrupda 6 (12%), müqayisə qrupunda 5(16,6%) və nəzarət qrupunda 5 xəstədə aşkar edilmişdir.

Cədvəl № 7.

Müayinə edilən qadınlar arasında yanaşı gedən ginekoloji xəstəliklər

yanaşı gedən xəstəliklər	müayinə qrupları					
	IA əsas qrup (n=50)		IB əsas qrup (n=30)		nəzarət qrupu (n=20)	
	%	müt.r.	%	müt.r.	%	
Uşaqlıq boynu eroziyası	17	34	10	33,3	4	20
mastopatiya	12	24	16	53,3	-	
xronik salpinqooforit	11	22	11	36,6	2	10
Xronik endoservit	18	36	12	40	3	15
Endometrit	6	12	9	30		
Endometrioz	2	4	3	10	-	
Uşaqlıq mioması	4	8	5	16,6	-	
Sonsuzluq	5	10	6	20	-	

Qruplar üzrə xəstəliklərin təhlili zamanı məlum olmuşdur ki, IA qrupunda 17(34%) xəstədə uşaqlıq boynu eroziyası, 11 (22%)- xronik salpinqooforit, 6 (12%) endometrit, 2 (4%)- endometrioz olmuşdur. IB əsas qrupunda anamnezdə 10 (33,3%) qadında uşaqlıq boynu eroziyası, 11 (36,6%)- xronik salpinqooforit, y 9 (30%) – xronik endometrit qeydə alınmışdır. Anamnezdə xəstələr arasında mastopatiya, sonsuzluq, endometrioz, uşaqlıq mioması qeydə alınmışdır. Ginekoloji xəstəliklərin strukturu cədvəl 7-də əks etdirilmişdir.

Diagnostik qaşıntı əsas qrupda 14 (28%) qadın, müqayisə qrupunda 11 (36,6%) və nəzarət qrupunda 16 (80%) qadına aparılmışdır. Uşaqlıq boynu diatermokinizasiya və kriodsetruksiya əsas qruplarda 7 (14%) və 3 (6%), müqayisə qrupunda 2 (6,6%) və nəzarət qrupunda 6 (30%) və 5 (25%) qadında aparılmışdır. Bu manipulyasiyaların aparılması tezliyi müayinə qruplarında dürüst fərqlənməmişdir.

Beləliklə, piylənmə olan qadınlarda reproduktiv və somatik sağlamlıq vəziyyəti təhlil edildikdə ekstragenital, ginekoloji, infeksiyon-iltihabi xəstəliklərin yüksək tezliyi aşkar edilmişdir ki, bu da immunoloji və qeyri-spesifik rezistentliyin aşağı düşdüyünün göstərir. Bu da gələcəkdə həm ana, həm döl üçün hamiləlik və doğuşun gedişatına təsir göstərir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Кононова О.Н. Выявление и оценка компонентов метаболического синдрома у беременных с абдоминальным ожирением // Проблемы здоровья и экологии, 2014, № 4(42), с. 54-58
2. Bellver J., Melo M.A., Bosch E. Obesity and poor reproductive outcome: the potential role of the endometrium // Fertil Steril., 2007, Vol. 7, № 88, p. 446.
3. Yeh J., Shelton J.A. Increasing prepregnancy body mass index: analysis of trends and contributing variables // Am J Obstet Gynec., 2005, vol.193
4. Бериханов Р.Р. Хрипунова Г.И. Особенности течения родов у пациенток с ожирением // Акуш и гин., 2007, № 6, С. 9-12
5. Rasmussen S.A., Chu S.Y., Kim S.Y. et al. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis // Am J Obstet Gynec., 2008, vol.198, p.611. 16.
6. Stothard K.J., Tennant P.W., Bell R., Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis // JAMA, 2009, vol.301, p.636.
7. Thornburg L.L., Miles K, Ho M., Pressman E.K. Fetal anatomic evaluation in the overweight and obese gravida // Ultrasound Obstet Gynec., 2009, vol.3

РЕЗЮМЕ

**ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
БЕРЕМЕННЫХ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ТИПОМ
ОЖИРЕНИЕМ**

**Камилова Н.М., Сафарова А.З., Султанова И.А., Мирзоева Х.
Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Акушерства и
гинекологии I**

Цель данного исследования: анализ состояния репродуктивного и соматического здоровья беременных с ожирением. Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского медицинского университета. Для достижения поставленной цели нами обследовано 100 беременных за период с 2012 по 2015 года. Группы были разделены следующим образом. Основная группа 80 пациенток, страдающих от экзогенно-конституционального ожирения. Пациентки были распределены на две подгруппы: IA подгруппа-50 пациенток, которых мы готовили к беременности и вели весь гестационный период, IB подгруппа -30 беременных женщин обследованные и получавшие необходимые лечебно-профилактические мероприятия лишь в с момента обращения, т.е. во II-ом или III-ем триместре. Контрольную группу составили 20 беременных с физиологическим течением гестационного периода. Анализ состояния репродуктивного и соматического здоровья у женщин с ожирением выявил высокую частоту экстрагенитальных, гинекологических, инфекционно- воспалительных заболеваний, свидетельствующих о снижении иммунологической и неспецифической резистентности, что в дальнейшем оказывает существенное влияние на течение беременности и родов как для матери, так и для плода

SUMMARY

**EVALUATION OF REPRODUCTIVE AND PHYSICAL HEALTH OF PREGNANT
WOMEN WITH TYPE EXOGENOUS CONSTITUTIONAL OBESITY.**

**Kamilova N.M., Safarova A.Z., Sultanova I.A., Mirzoyev H.
Azerbaijan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology 1**

The purpose of this study: the analysis of reproductive and physical health of pregnant women with obesity. Work performed at the Department of Obstetrics and Gynecology, 1 Azerbaijan Medical University. 100 pregnant To achieve this goal we have examined over the period from 2012 to 2015. The groups were divided as follows. The main group of 80 patients suffering from exogenous constitutional obesity. Patients were divided into two subgroups: subgroup IA-50 patients, of which we have been preparing for pregnancy and led the entire gestational period -30 IB subgroup of pregnant women surveyed and received the necessary treatment and preventive measures only after treatment, ie, in the II-nd and III-eat trimester. The control group consisted of 20 pregnant women with physiological course of gestation. Analysis of the reproductive and somatic health in obese women revealed a high frequency of extragenital, gynecological, infectious inflammatory diseases, indicating a decrease in the immunological and non-specific resistance, which further has a significant influence on the course of pregnancy and childbirth for both mother and fetus.

Daxil olub: 22.02.2017.

PARAQRIP VİRUSU İLƏ AĞIRLAŞMIŞ HAMILƏLİKLƏR ZAMANI CİFTDƏ BAŞ VERƏN STRUKTUR DƏYİŞİKLİKLƏRİ

Mirzəyeva T.N., Həsənov Ə.B., Ağacanova A.X.

***Azərbaycan Tibb Universitetinin patoloji anatomiya kafedrası.
Bakı.***

Ciftin patologiyası və onunla bağlı olan dölün antenatal müdafiəsi müasir mamalıq və perinatologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. Məlumdur ki, cift həyat qabiliyyətinə malik dölün inkişafı və doğulmasını təmin edən müvəqqəti üzv olmaqla mürəkkəb ana-plasenta-döl sisteminin tərkib hissəsini təşkil edir. Normal cift dölə ana qanından sadə diffuziya və ya aktiv transport yolu ilə oksigenin, qida və mineral maddələrin daşınmasını, steroid və polipeptid hormonların sintezini, həmçinin baryer funksiyasını təmin edir. Embrionun və dölün, həmçinin postnatal dövrdə yenidə doğulmuşun mövcud olması bilavasitə və ya dolaylı yolla ciftin vəziyyətindən asılı olduğu üçün bu üzvün çatışmazlığı uşaqların anadangəlmə qüsurlarla, yarımçıq və ya vaxtından əvvəl, həmçinin ölü doğulması ilə nəticələnə bilər [3, 6].

Cift çatışmazlığına səbəb olan faktorlardan biri də infeksiya amildir [1, 2]. Cifti zədələyən infeksiya amilləri arasında paraqrip virusu mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Bətdaxili inkişaf etmiş paraqrip infeksiyası uşağın vaxtından qabaq yarımçıq doğulması və əsas etibarilə dölün tənəffüs üzvlərinin zədələnməsi ilə müşayiət oluna bilər [4]. Paraqrip virusu ilə yoluxmuş qadınların ciftinin tədqiqi zamanı prosesin xroniki gedişə meyilli olması və bazal lövhədə, həmçinin ekstraplasental qışalarda plazmositlərlə zəngin hüceyrə infiltrasiyasının və sklerotik sahələrin üstünlük təşkil etməsi müəyyən edilmişdir [5]. Mövcud ədəbiyyat məlumatlarının təhlili göstərir ki, paraqrip infeksiyası zamanı ciftə baş verən struktur dəyişikliklərinin xarakterinə dair işlər məhduddur və dolğun deyildir.

Tədqiqat işinin məqsədi paraqrip virusu ilə yoluxmuş hamilə qadınlarda ciftə baş verən morfoloji dəyişikliklərin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

Material və müayinə üsulları. I, II və III tip paraqrip virusu ilə yoluxmuş 12 hamilə qadının cifti tədqiq edilmişdir. 7 müşahidədə ciftin zədələnməsində III tip, 3-də I tip, 2 müşahidədə isə II tip paraqrip virusu iştirak etmişdir. Diaqnoz immunferment üsulu ilə hamilə qadınların qanında IgM və IgG əks-cisimlərinin təyin edilməsinə əsasən qoyulmuşdur. Diaqnozu təsdiq etməkdən ötrü zəncirvari polimeraz reaksiyası aparılmışdır. Kontrol qrupda 4 praktik sağlam hamilə qadının cifti müayinə olunmuşdur.

Ciftin morfoloji müayinəsi zamanı aşağıdakı üsullardan istifadə edilmişdir: makroskopik üsulla ciftin, döl qışalarının, göbək ciyəsinin vəziyyəti təyin edilmişdir; morfometrik olaraq ciftin kütləsi və ölçüsü öyrənilmiş, onun müxtəlif elementlərinin, həmçinin plasentalda patoloji dəyişikliklərin xüsusi sahəsi aşkar edilmişdir. Histoloji müayinədə hematoksilin-eozinlə, Van-Gizon üsulu ilə pikrofuksinlə, tioninlə boyanmış cift toxuması kəsikləri tədqiq edilmişdir. İmmun-histokimyəvi üsulla ciftə virus antigenləri müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Sağlam hamilə qadınların ciftinin müayinəsi zamanı plasentalda involyutiv-distofik proseslərlə yanaşı, kompensator-uyğunlaşma reaksiyaları da müəyyən edilmişdir. Əksər xovlarda, bazal desidual qışada fibrinoid dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Ciftin distofik dəyişikliyə məruz qalmış sahələrində kalsium duzlarının çöküntüləri müəyyən edilmişdir. Sinsitiotrofoblastın nüvəsiz sahələrində bu hüceyrələrin bazal zarının

döl kapilyarlarına yaxınlaşması – sinsitiokapilyar membranlar nəzərə çarpır. Trofoblastik epitelin müəyyən sahələrində isə bir neçə sırada yerləşmiş hiperxrom nüvələrdən ibarət sinsitial proliferativ düyüncüklər müəyyən edilir.

Paraqrip virusu ilə yoluxmuş qadınların ciftinin makroskopik müayinəsi zamanı səciyyəvi dəyişikliklər müəyyən edilməmişdir. Cift toxuması əsasən süngəri xatırladır, adətən boz-çəhrayı, bəzi nahiyələrdə isə açıq-çəhrayı və tünd qırmızı rəngdə nəzərə çarpır. 4 müşahidədə ciftin ana hissəsində paycıqların qeyri-bərabər inkişaf etməsi aşkar edilmişdir. Plasentanın ana səthi hamardır, 2 müşahidədə xorial lövhədə ocaqlı qansızmalar müəyyən edilmişdir. Ekstraplasentar qişalarda vizual olaraq dəyişiklik aşkar edilməmişdir. 3 müşahidədə ciftin konsistensiyasının bərkiməsi, 5 ciftə isə göbək ciyəsinin ekssentrik bağlanması müəyyən edilmişdir. Ciftin histoloji müayinəsi zamanı bütün qişalarda paraqrip virusu üçün səciyyəvi dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Belə ki, desidual qişada bu infeksiya üçün səciyyəvi olan iri, parlaq nüvəli böyük ölçülü desidual hüceyrələr müəyyən edilmişdir. Bu qişada həmçinin makrofaq, plazmosit, əsasən limfositlərdən təşkil olunmuş hüceyrə infiltratları, qansızma ocaqları, damarlarda doluqanlıq nəzərə çarpır. Desiduo-bazal sahədəki bu infiltratlar immunhistokimyəvi müayinə zamanı monoklonal əks-cisimlərlə paraqrip virusuna qarşı pozitiv reaksiya verir. Limfositlərdə və makrofaqlarda membran və sitoplazmatik pozitivlik nəzərə çarpır (şəkil 1).



Şəkil 1. Desiduo-bazal sahədə paraqrip virusuna qarşı pozitiv reaksiya verən iltihabi-infiltrat. Pozitiv hissəciklərin plasentar və endometrial toxumanın sərhəddi boyunca disseminasiyası. 40 həftəlik hamiləlik, 32 yaş. Boyaq: paraqrip virusuna qarşı monoklonal əks-cisimlərlə immunhistokimyəvi reaksiya. x 300.

4 müşahidədə desidual qişada fibrinoid nekroz ocaqları aşkar edilmişdir. Xovlu qişanın terminal, orta və iri xovlarının səthində parlaq, iri nüvəli sitoplazmaya malik trofoblastik epitelin ocaqlı olaraq proliferasiyası nəzərə çarpır. Xorial epitellə yanaşı, xovların stromasında da əhəmiyyətli dərəcədə nəzərə çarpan dəyişikliklər müəyyən edilmişdir. Belə ki, stromada iri, parlaq nüvəli hüceyrələr, həmçinin müxtəlif dərəcədə təzahür olunan iltihab infiltratları müşahidə edilir. İltihab infiltratları əsasən limfositlər, Kaşenko-Hofbauer hüceyrələri və histositlərdən təşkil olunmuşdur. Terminal və lövbər xovlarda fibroblastlar üstünlük təşkil edir. Xovlardakı bəzi damarların divarı kəskin qalınlaşmış, endoteliositləri şişkinləşmiş, müəyyən xovlarda isə qansızmalar aşkar edilir.



Şəkil 2. Paraqrip infeksiyası zamanı amnion qişada iltihabi infiltrasiya (amnionit). 40 həftəlik hamiləlik. 29 yaş. Boyaq: 0,05%-li buferləşdirilmiş tionin. x 300.

Amnion qişasında da səciyyəvi dəyişikliklər müşahidə edilmişdir. Belə ki, nisbətən parlaq nüvəli, ölçüsü böyümüş amniositlərin əhəmiyyətli dərəcədə proliferasiyası nəticəsində onların bir neçə sırada yerləşməsi nəzərə çarpır.

Ödemlənmiş stromada massiv şəkildə limfoid-plazmositar-faqositar infiltratlar müşahidə edilir (şəkil 2).

Beləliklə, paraqrip virusu ilə zədələnmiş ciftin tədqiqi bizə bəzi nəticələri əldə etməyə imkan yaratmışdır. Ciftin paraqrip virusunun müxtəlif tipləri ilə zədələnməsi zamanı histoloji olaraq struktur fərqləri müəyyən edilməmişdir. Plasental hüceyrələrdə virusun çoxalması nəticəsində iri, parlaq nüvəli, nisbətən böyük ölçülü hüceyrələrin meydana çıxması paraqrip virusu ilə zədələnmə zamanı baş verən spesifik əlamətdir. Trofoblastik epiteldə, amniositlərdə, damarların endotelində ocaqlı olaraq çoxsıralı törəmələrin meydana çıxması paraqrip mənşəli plasentitlərin səciyyəvi xüsusiyyətlərindən biri olub, proliferativ proseslərin destruktiv proseslər üzərində üstünlük təşkil etməsini göstərir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Babayeva G.J. Müasir dövrdə cift çatışmazlığının inkişafının etiopatogenetik mexanizmləri. //Sağlamlıq, 2012. № 5. Səh. 169.
2. Красовский Е.Б., Козлова В.И. Патоморфологические и ультраструктурные изменения при вирусных воспалениях в плаценте. //Вопросы Охр. Мат. и Дет. 1978. № 11. Стр. 79-80.
3. Нисевич Л.Л., Талалаев А.Г., Каск Л.Н. и др. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности. //Педиатрия, 1999. № 1. Стр. 4-10.
4. Ритова В.В. Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека. М.: Медицина. 1976. – 256 с.
5. Цинзерлинг А.В., Цинзерлинг В.А. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза. 2 изд. СПб.: Сотис. 2002.
6. Цинзерлинг В.А., Офенгейм А.Л., Мельникова В.Ф. и др. Роль массовых морфологических исследований последа для прогнозирования состояния новорожденного. //Архив патологии. 1997, № 5. Стр. 58-61.
7. Шабунина-Басок Н.Р., Черданцева Г.А., Тулакина Л.Г. Морфофункциональные изменения системы «мать-плацента-плод» при внутриутробных вирусных инфекциях. Екатеринбург, 1999.

РЕЗЮМЕ

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ОТЯГОЩЕННОЙ ВИРУСОМ ПАРАГРИППА

Мирзоева Т.Н., Гасанов А.Б., Агаджанова А.Х.

Кафедра патологической анатомии Азербайджанского Медицинского Университета. Баку.

Изучены морфологические особенности изменений плаценты при беременности отягощенной вирусом парагриппа I, II, III типа.

Исследованы плаценты у 12 беременных женщин инфицированных вирусом парагриппа. Контрольную группу составили 4 женщины с физиологической беременностью.

Выявлено что, появление в плацентарных клетках очаговых много-ядерных образований состоящих из клеток крупных размеров со светлыми крупными ядрами, являются характерными особенностями парагриппного плацентита и указывают на преобладание пролиферативных процессов над деструктивными.

SUMMARY

STRUCTURAL CHANGES OF THE PLACENTA IN THE PREGNANCY AGGRAVATED PARAINFLUENZA VIRUS

Mirzoyeva T.N., Hasanov A.B., Aghajanova A.H.

Department of Pathological Anatomy of the Azerbaijan Medical University, Baku.

The morphological features of the changes of the placenta during pregnancy aggravated virus parainfluenza I, II, III type. Studied the placenta in 12 pregnant women infected with parainfluenza. Control group consisted of 4 women with normal physiological pregnancy. It is revealed that the appearance of placental cells focal multicore structures composed of cells of large size with bright large nuclei, is a characteristic feature parainfluenza placentitis and indicates the prevalence of proliferative processes over destructive.

Daxil olub: 8.10.2016.

ÜRƏK KEÇİRİCİLİYİ VƏ RİTM POZĞUNLUQLARI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞCIYƏR VƏRƏMİ VƏ ŞƏKƏRLİ DİABET

Qurbanova Z.T., Baxşəliyev A.B., Bayramov R.İ., İsmayılzadə C.M.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Ftiziatriya kafedrası.

Açar sözlər: ağciyər vərəmi, şəkərli diabet, ritm pozğunluqları, müayinə metodları, rentgen.

Hazırda müxtəlif etiologiyalı xroniki ağciyər xəstəlikləri olan xəstələrdə ürək keçiriciliyi və ritmi pozğunluqları problemi getdikcə daha çox diqqəti cəlb edir.[1,2,3] Ağciyər vərəmi və şəkərli diabeti olan xəstələrdə ürək keçiriciliyi və ritm pozğunluqlarının yaranmasına, uzun müddətli və kəskin intoksikasiyanın olması, vərəm prosesinin özü həm də şəkərli diabet səbəb olur [4,5].

Tədqiqatın məqsədi. ağciyər vərəmi ilə yanaşı gedən şəkərli diabetli xəstələrdə ağciyərlərin, ürəyin funksional vəziyyəti və ritm dəyişikliklərini erkən aşkar etməkdir.

Tədqiqatın materialı və metodları. Bizim nəzarətimiz altında ağciyər vərəmi və şəkərli diabet olan 90 xəstə olmuşdur. Həmin xəstələrin apardığımız müayinələr əsasında 41 nəfərdə ürək keçiriciliyi və ritm pozğunluqları aşkar edilmişdir. Xəstələrin böyük əksəriyyətini 31-50 yaş arasında olan şəxslər təşkil etmişdir. Xəstələrdə ağciyər vərəminin davam etmə müddəti 6-10 ay arasında tərəddüd etmişdir. Müayinə edilən xəstələrin 39 nəfərdə aşağıdakı növ ritm pozğunluqları qeydə alınmışdır (Cədvəl 1).

Təqdim edilən cədvəldən məlum olur ki, 11(28,2%) xəstədə sinus taxikardiyası qeydə alınmışdır. Onlardan 8 nəfərdə insulindən asılı olmayan (İAOŞD) şəkərli diabet, qalan 3 nəfərdə isə insulindən asılı şəkərli diabet (İAŞD) olmuşdur. Bütün bu xəstələrdə ağciyər parenximasında fibroz və sklerotik dəyişikliklərin olması böyük əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, bu vəziyyət azan sinirin mexaniki intratorokal qıcıqlanmasına, eləcə də diabetik kardiopatiyanın inkişaf etməsinə gətirib çıxarır.

Ekstrasistolik aritmiya 17 xəstədə qeydə alınmışdır. Onlardan 10 (25,6%) nəfərdə supraventrikulyar ekstrasistola, 7 (17,9%) isə mədəcik ekstrasistolası qeydə alınmışdır. Həmin 17 xəstədən 14-də insulindən asılı olmayan şəkərli diabet, 3 nəfərdə isə insulindən asılı şəkərli diabet qeydə alınmışdır. Diabetin tipindən asılı olaraq ritm pozğunluqlarının strukturu aşağıdakı şəkildə olmuşdur: insulindən asılı olmayan şəkərli diabet olan 8 və insulindən asılı şəkərli diabetli 2 xəstədə supraventrikulyar ekstarsistolisiya olmuş; insulindən asılı olmayan şəkərli diabet olan 6 və insulindən asılı şəkərli diabetli 1 xəstədə mədəcik ekstarsistolisiyası qeydə alınmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, həm supraventrikulyar ekstarsistolisiya, həm də mədəcik ekstarsistolisiyası mərkəzi sinir sisteminin oyanıqlıq dərəcəsi yüksək olan, ağciyərlərdə uzun müddətli bitişmə dəyişiklikləri ilə müşahidə olunan xronik

destruktiv vərəmli xəstələrdə aşkar olunmuşdur. Məhz bitişmə ilə əlaqədar olaraq baş verən dartılmaların ürəyə mexaniki təsirləri nəticəsində ekstrasistolik aritmiyalar yaranır. Bundan başqa, biz bu növ aritmiyanın inkişaf etməsini şəkərli diabetli xəstələrdə parasimpatik sinir sisteminin protektiv təsirlərinin aşağı düşməsi ilə əlaqələndiririk.

Taxisistolik formalı səyriyən aritmiya ağciyərlərdə sirrotik zədələnmə olan, xronik ağciyər ürəyi, kəskin tənəffüs çatışmazlığı ilə ağırlaşan və ağır gedişli hər iki tipdən olan şəkərli diabetli 4 (10,3%) xəstədə aşkar edilmişdir. Bu xəstələrdə elektro- və exokardioqrafik müayinələr vasitəsilə ürəyin sağ şöbələrində zədələnmələr- sağ mədəcik və qulaqcığın hipertrofiya və dilatasiyası müəyyən edilmişdir.

Bizim tərəfimizdən müayinə edilən – ikisində insulindən asılı olmayan və birində insulindən asılı şəkərli dibaet olan xəstədə mədəciküstü taxikardiya aşkar edilmişdir. Bunun səbəbi ağciyər vərəmi olan xəstələrdə həm toksik, həm mexanik təsirlər nəticəsində, eləcə də diabetik miokardiodistrofiyanın olması ilə əlaqədar olaraq mərkəzi sinir sisteminin və ürəyin sinir-əzələ aparatının oyanıqlıq dərəcəsinin yüksək olmasıdır.

Mədəcik taxikardiyası ikitərəfli fibroz-kavernoz ağciyər vərəmi ilə yanaşı alkoqol genezli kardiomiopatiya və çətin korreksiya olunan insulindən asılı şəkərli diabet olan 2 (5,1%) xəstədə təyin edilmişdir.

Sinus aritmiyası və sinus bradikardiyası avtonom neyropatiyalar ilə insulindən asılı olmayan şəkərli diabet olan 1 xəstədə rast gəlinmişdir. Biz bu vəziyyəti ağ ciyər parenximasında fibroz və sklerotik dartılmalar ilə və davamlı olaraq simpatik sinirin tonusunun aşağı düşməsilə əlaqələndiririk.

Cədvəl № 1.

Ürək ritmi pozğunluqları

EKQ dəyişiklikləri	Xəstələrin sayı	
	mütləq rəqəm	%
Sinus taxikardiyası	11	28,2
Supraventrikulyar ekstrasistoliya	10	25,6
Mədəcik ekstrasistoliyası	7	17,9
Səyriyən aritmiya	4	10,3
Mədəciküstü taxikardiya	3	7,7
Mədəcik taxikardiyası	2	5,1
Sinus aritmiyası	1	2,6
sinus bardikardiyası	1	2,6
cəmi	39	100

Tərəfimizdən müayinə edilən xəstələrdə ürək keçiriciliyi pozğunluqları 26 xəstədə qeydə alınmış və 2-ci cədvəldə yer almışdır.

Təqdim edilən 2-ci cədvəldən məlum olur ki, elektrokardioqramda 11(42,3%) xəstədə ürəyin atrioventrikulyar keçiriciliyinin pozulması qeydə alınmışdır ki, biz bunu ürəyin keçiricilik sisteminə və ekstrakardial sinirə vərəm intoksikasiyasının birbaşa təsiri ilə əlaqələndiririk. Bütün xəstələrdə elektrokardioqramda PQ intervalının uzanması qeydə alınmışdır. Bununla yanaşı 9 xəstədə P-Q (0,2 san.) intervalının davam etmə müddətinin kəskin olmayan artması qeydə alınmışdır ki, bunun da azan sinirin tonusunun artması ilə əlaqədar olması güman edilir. 2 xəstədə ürək keçiriciliyinin daha çox nəzərəçarpan pozğunluqları urəyin keçiricilik sisteminin zədələnməsi ilə əlaqədar olmuşdur.

Mədəcikdaxili keçiriciliyin pozulması 10 xəstədə (38,5%) yer almışdır. Bizim fikrimizcə, bu növ ürək keçiriciliyi pozğunluqlarına səbəb ağciyər ürəyi ilə ağırlaşan ağciyərlərin xronik destruktiv vərəmi olmuşdur. Bu xəstələr arasında His

dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası 8 xəstədə aşkarlanmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, ayaqcıqların blokadası ağır hemodinamik pozğunluqlara səbəb olmamışdır. Ağciyərlərin xronik destruktiv vərəmi olan yalnız 2 xəstədə hemodinamik pozğunluqlar yer almışdır. QRS kompleksinin genişliyindən asılı olaraq tam (0,10-0,12 saniyə) və natamam olmayan (0,12 saniyədən çox) blokadalar ayrılmışdır ki, bu da müvafiq olaraq 3 və 6-cı sutkalarda qeydə alınmışdır. His dəstəsinin sağ ayaqcığı 7 xəstədə klassik xarakter daşımışdır ki, bu da EKQ-də I standart aparmada çox kiçik R dişciyi və S dişciyinin dərinləşməsi, eləcə də III standart aparmada R dişciyinin dərinləşməsi şəklində öz əksini tapmışdır. Atipik (Vilson blokadası) blokada EKQ-də R dişciyi normal, lakin S dişciyi enli olan 1 xəstədə qeydə alınmışdır. 2 xəstədə His dəstəsinin sol ayaqcığının blokadası qeydə alınmışdır ki, onlarda da EKQ-də elektrik oxunun sola doğru əyilməsi aşkar edilmişdir. Həmin xəstələrdə keçiricilik pozğunluqları His dəstəsinin ön ayaqcığı üzrə də müşahidə edilmişdir.

Cədvəl № 2.**Ürək keçiriciliyi pozğunluğu**

EKQ dəyişiklikləri	Xəstələrin sayı	
	mütləq rəqəm	%
Atrioventrikulyar keçiriciliyin pozulması	11	42,3
Mədəcikdaxili keçiriciliyin pozulması	10	38,5
Sinus düyünün zəifliyi	4	15,4
Qulaqcıqdaxili blokada	1	3,8
Cəmi	26	100

Sinus düyünün zəifliyi sindromu ağciyər vərəmi olan 4 (15,4%) xəstədə qeydə alınmışdır. Ürək keçiriciliyinin bu növ pozğunluğuna səbəb ürək əzələsinə uzun müddət təsir göstərən spesifik prosesin təsiri olmuşdur.

Qulaqcıqdaxili keçiriciliyin pozulması 1 (3,8%) xəstədə qeydə alınmışdır. Bu xəstədə elektrokardiogramda P dişciyində dəyişiklik- parçalanma və itilənməsi və onun 0,12"-dən çox genişlənməsi müşahidə edilmişdir.

Ürək ritmi pozğunluğunda olduğu kimi keçiricilik pozğunluğu da daha çox insulindən asılı olmayan şəkərli diabetli xəstələrdə baş vermişdir. Bu da ürək-damar sistemində diabetik mikroangiopatiya və bu tip (İAŞD) diabet zamanı qabarıq olan metabolik pozğunluqlar ilə bağlı olmuşdur.

Bütün xəstələr stasionarda olduğu birinci gün 24 saat ərzində Holter üzrə EKQ müayinə zamanı ürək qlikozidləri, antiaritmik preparatlar, simpatolitiklər qəbul etməmişlər. Holter üzrə EKQ monitorlanması nəticəsində bütün xəstələrdə ürək keçiriciliyi və ritm pozğunluqları qeydə alınmışdır. Ümumilikdə 70% halda ritm pozğunlularının daimi xarakter alması və 12 saat sutkalıq monitorlanmada müşahidə edilməsi faktı xüsusilə diqqətə layiq məsələdir.

3-cü cədvəldən görüldüyü kimi müxtəlif növ aritmiyalar 39 xəstədə qeydə alınmışdır. Daha çox supraventrikulyar pozğunluqlar müayinə edilmiş və bu 25 (64,1%) xəstədə qeydə alınmışdır. Əksər hallarda (16 xəstədə) bunlar mədəciküstü ekstrasistolalar olmuş və 10 (40,0%) xəstədə nadir monotop supraventrikulyar ekstrasistolalar şəklində özünü büruzə vermişdir. Tez-tez monotop SE-yə tərəfimizdən daha az rast gəlmişdir (5 xəstə). Nadir monotop supraventrikulyar ekstrosistolalar müşahidə edilən xəstələrdən 8 nəfərində insulindən asılı olmayan şəkərli diabet, 2 nəfərdə isə insulindən asılı şəkərli diabet yer almışdır. Bu xəstələrdə Holter monitorlanması zamanı EKQ qeydiyyatında sakit vəziyyətdə olduğu kimi QRS kompleksinin aparmasına uyğun vaxtından əvvəl mədəcik yığılmaları qeyd olunmuşdur. Bundan başqa bir xəstədə morfolojiya baxımından P sinus dişciyindən fərqlənən P dişciyinin vaxtından əvvəl dar mədəcik kompleksi

yer almışdır. Tərəfimizdən (16.0%) tez-tez monotop SE ilə yanaşı daha az bigeminiya və trigeminiya tipi üzrə alloritmili epizodlar aşkar edilmiş, EKQ-də uyğun olaraq bir və ya iki sinus yığılmalarının və supraventrikulyar ekstrasistolaların ardıcılığı qeydə alınmışdır. Bu hal İAOŞD 3, İAŞD isə 1 xəstədə olmuşdur. Həmçinin politop SE 4 (16,0%) xəstədə qeydə alınmışdır. 2 (8,0%) xəstədə isə qruplu ekstrasistolalar olmuşdur: kupletlər insulindən asılı olmayan yalnız 1 xəstədə qeydə alınmışdır.

Monofokus supraventrikulyar taxikardiya qaçıqları 3(12,0%) xəstədə (2-insulindən asılı olmayan ŞD, 1-insulindən asılı ŞD) müşahidə edilmişdir, bunlar davamsız xarakter daşmışdır. Monitorlanma zamanı 30 saniyə ərzində ürək qulaqcıqlarının qısa fibrilyasiya paroksizmi aşkar edilmiş və 2 (8%) xəstədə qeydə alınmışdır (hər bir tip şəkərli diabet üçün bir halda).

Cədvəl № 3.

Ürək ritminin pozğunluqları (Holter üsulu ilə sutkalıq monitorlanma)

EKQ dəyişiklikləri	şəkərli diabetin tipiləri		Xəstələrin sayı	
	İnsulindən asılı olmayan şəkərli diabet	İnsulindən asılı şəkərli diabet		
			müt.r.	%
Supraventrikulyar pozğunluqlar	19	6	25	64,1
Tək-tək monotop SE	8	2	10	40,0
Tez-tez monotop SE	3	1	4	16,0
Politop SE	3	1	4	16,0
Supraventrikular taxikardiya	2	1	3	12,0
Qrup və cüt SE	2	-	2	8,0
Qulaqcığın səyriməsi	1	1	2	8,0
Mədəcik pozğunluqları	9	5	14	35,9
Nadir monotop SE	5	1	6	42,8
Tez-tez monotop SE	3	1	4	28,6
Politop SE	1	1	2	14,3
Mədəcik taxikardiya	-	2	2	14,3
Cəmi	28	11	39	100

Mədəcik ritmi pozğunluqları tərəfimizdən 14 xəstədə aşkar edilmişdir. Onlardan 6 (42,8%) xəstədə tək-tək monotop mədəcik ekstrasistolaları (I sinif mədəcik sktrastistolaları) müəyyən edilmişdir. Həmin xəstələrdə Holter üzrə montiorlanma zamanı saatda 11-14 esktrastistola qeydə alınmışdır. Alloritmia epizodları ilə tez-tez monotop mədəcik ekstrasistolaları 4 (28,6%) xəstədə qeydə alınmışdır. Həmin xəstələrdə alloritmia epizodları fiziki yüklənmə fonunda qeydə alınmışdır. Politop mədəcik ekstrasistolası 2 (14,3%) xəstədə qeydə alınmışdır. 2 (14,3%) xəstədə maksimal olaraq 10 kompleksli, qısa paraksizimli mədəcik taxikardiyası aşkar edilmişdir. Həmçinin hər iki monitor hissəsində atrioventrikulyar dissosiasiyalar (müntəzəm P-dişciyi ritmi onunla əlaqədar olaraq mədəcik ritmi fonunda) qeyd edilmişdir.

Ürək keçiriciliyi pozulması (cədvəl 4) tərəfimizdən 26 xəstədə qeydə alınmışdır. Onlardan His dəstəsinin sağ ayaqcığının blokadası 15 (57,7%) xəstədə müəyyən edilmişdir, onlardan 13 xəstə insulindən asılı olmayan ŞD olmuş, 2 nəfər insulindən asılı ŞD-dən əziyyət çəkmiş və monofassikulyar olmuşdur. Bu da PQ intervalının 200 ms uzanması ilə öz təsdiqini tapmışdır. I dərəcəli və keçici xarakterli atrioventrikulyar blokada 11(42,3%) xəstədə aşkar edilmişdir. Onlardan 8 nəfərdə insulindən asılı olmayan ŞD, 3 nəfərdə isə insulindən asılı ŞD olmuşdur.

Yuxarıda qeyd edilənlər ilə yanaşı 16 xəstədə ürək keçiriciliyi və ritm pozğunluqları tərəfimizdən aşkar edilmişdir. Tək-tək monotop supraventrikulyar ekstrasistoliya ilə I sinifdən olan mədəcik ekstrasistoliyası kombinasiyası 6

(37,5%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Bu xəstələr I-II dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı ilə kompensasiya fazasında olan xronik ağ ciyər ürəyindən əziyyət çəkmişlər. Onlardan insulindən asılı olmayan ŞD 4, insulindən asılı ŞD isə 2 nəfərdə olmuşdur. Bizim tədqiqatlarda 4 (25,0%) xəstədə aritmiyaların növbəti tək-tək monoton ekstrasistoliyası, tək-tək politop mədəcik ekstrasistolası aşkar edilmişdir.

Cədvəl № 4.

Ürək keçiriciliyi pozğunluğu (Holter üzrə sutkalıq monitorlanma)

Ürək keçiriciliyi pozğunluqları	şəkərli diabetin tipləri		Xəstələrin sayı	
	İnsulindən asılı olmayan şəkərli diabet	İnsulindən asılı şəkərli diabet	müt.r.	%
mədəcikdaxili blokadalar	13	2	15	57,7
AV blokadalar	8	3	11	42,3
Cəmi	21	5	26	100

Bu aritmiyalar həmçinin daha kəskin tənəffüs çatışmazlığı olan xronik ağciyər ürəyi olan xəstələrdə rast gəlinmişdir. Onlardan 3 nəfərdə insulin asılı olmayan ŞD, 1 nəfərdə insulindən asılı ŞD olmuşdur. Davamsız supraventrikulyar taxikardiya paroksizmi ilə tez-tez monoton supraventrikulyar ekstrasistola və I sinifdən olan tək-tək politop mədəcik ekstrasistola kombinasiyası kəskin tənəffüs çatışmazlığı olan 3 (18,75%) xəstədə qeyd olunmuşdur. Onlarda qan dövrəni çatışmazlığı əlamətləri olmamışdır. Həmin xəstələrdə 1 nəfərdə insulindən asılı olmayan ŞD, 2 nəfərdə insulindən asılı ŞD olmuşdur. Böyük qan dövrəni çatışmazlığı və nəzərəçarpan tənəffüs çatışmazlığı, exokardioqrafik təsdiq olunmuş ürəyin sağ şöbəsinin hipertrofiya və dilatasiyası politop supraventrikulyar ekstrasistoliya, tək-tək politop mədəcik ekstrasistoliyası və tam mədəcikdaxili blokada ilə müşayiət olunmuş, 3 (16,7%) xəstədə qeydə alınmışdır. Bütün bu xəstələrdə çətinliklə korreksiya olunan insulindən asılı şəkərli diabet olmuşdur.

Nəticə: Beləliklə, xronik ağciyər ürəyi olan xəstələr qrupunda tərəfimizdən aşkar edilən ürək keçiriciliyi və ritm pozğunluqları ağciyərlərin xronik vərəmi olan xəstələrdə mərkəzi hemodinamikada ciddi pozğunluqların olduğunu göstərir.

Ürək keçiriciliyi və ritmi pozğunluqlarının daha ağır, birgə kombinasiyası əhəmiyyətli dərəcədə tənəffüs çatışmazlığı ilə yanaşı kəskin diabetik mikroangiopatiyalı, çətinliklə korreksiya olunan insulindən asılı şəkərli diabetli xəstələrdə (İAOSH) aşkar edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Авдеев С.Н., Байманакова Г.Е. ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания: механизмы ассоциации. / Пульмонология. – 2008. - № 11. – С. 5-13.
2. Баевский Р.М., Суворова А.В., Могилев Л.Т. и др. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: метод. рек. / Ижевск. – 2003. – 55 с.
3. Дитятков А.Е. Хроническое легочное сердце в клинике туберкулеза. // Медицина и жизнь. -2001.-С.239.
4. Егорова И.Л., Смурова Т.Ф. Лечение инсулиннезависимого сахарного диабета у больных туберкулезом легких. (В сб. Современные аспекты этиопатогенетической терапии туберкулеза). / М. – 1990. – С. 154-156.
5. Палеев Н.Р., Калинин А.П. Сахарный диабет и сердце. / Клин.мед.-2005.-№8.-С.37-42.

РЕЗЮМЕ

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

**Курбанова З.Т., Бахшалиев А.Б., Байрамов Р.И., Исмаилзаде Дж. М.
Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра легочных
болезней**

Таким образом, обнаруженные нами нарушения ритма и проводимости сердца отмечались в группе пациентов с хроническим легочным сердцем и свидетельствовали о серьезных нарушениях центральной гемодинамики у больных хроническим туберкулезом легких. Наиболее тяжелые сочетания расстройства ритма и проводимости сердца были выявлены в группе больных со значительной дыхательной недостаточностью у больных трудно корригируемым ИЗСД тяжелого течения с выраженной диабетической микроангиопатией.

S U M M A R Y

**PULMONARY TUBERCULOSIS and DIABETES IN PATIENTS WITH RHYTHM
and CONDUCTION HEART DISORDERS**

**Kurbanova Z.T, Baxshaliev A.B., Bayramov R.I, Ismailzada J.M.
Department of Lung Diseases, Azerbaijan Medical University**

Thus, discovered by us a combination of rhythm and conduction heart disorders were observed in patients with chronic Cor pulmonale and showed serious disorders of the central hemodynamics in patients with chronic lung tuberculosis.

The most severe combination of rhythm and conduction the heart disorders have been revealed in patients with significant respiratory failure with difficult corrected by severe current insulin-dependent diabetes with significant diabetic microangiopathy.

Daxil olub: 27.01.2017.

**ÜRƏYİN XRONİK İŞEMİK XƏSTƏLİYİ ZAMANI QANDA
MAGNEZİUMUN SƏVIYYƏSİ İLƏ ENDOTELİN FUNKSIONAL
VƏZİYYƏTİ ARASINDAKI ƏLAQƏNİN ÖYRƏNİLMƏSİ**

Quliyeva A.D.

Akad.C.Abdullayev adına ET kardioloqiya institutu.

Магнезиум (Mg^{++}) орғанызмдә әсас биоген элементләрдән бири олуб миқдарına гөрә натриум, калиум вә кalsiumдан sonra 4-cü yeri, hüceyrədəki миқдарına гөрә isә калиумдан sonra 2-ci yeri tutur. Mg^{++} -un mütlәq çäkisi орғанызмдә 21-28 qr tәşkil edir. Bu elektrolit әn çox - 60%- sümüklәрдә, 20%- әzәlәlәрдә, 19%- digәr toxuma vә hüceyrәlәрдә, 1% isә hüceyrәdәнxaric mayedә cәmlәnmişdir [1,2].

Mg^{++} bir çox fizioloji proseslәрin gedişində o cümlәdән damar endoteli аterosklerozun әmәlә gәlmәsində vә onun inkişafında fәal iştirak edir vә onun hüceyrә vә toxumalardaki miқdarı orada gedән metabolik proseslәрin intensivliyindən asılıdır [3, 4]. Mg^{++} -a sutkalıq tәlәbat kişilәр üçün 350 mқ, qadınlar üçün isә 300 mқ tәşkil edir. Fiziki vә emosional stress zamanı, hamilәlik vә laktasiya dövründә, xronik yorgunluq sindromu vә s. xәstәliklәрдә Mg^{++} -a sutkalıq tәlәbat әlavә olaraq 150 mқ artmış olur. Mg^{++} -un tәbiәtdә geniş

yayılmasına baxmayaraq insanlar arasında bu makroelementin defisiti 10-40% təşkil edir [5].

Son illərdə aparılan tədqiqatların nəticələrində ürək-damar xəstəliklərinin əmələ gəlməsində elektrolit balansının pozulmasına xüsusi diqqət verilir. Bunlardan ən mühümü Mg^{++} mübadiləsinin pozulmasıdır [8, 9]. Mg^{++} -un xronik çatmamazlığı ürəyin işemik xəstəliyinin (ÜİX) klinik gedişinə də təsir edir. Bu, birinci növbədə endotelin funksiyasının pozulması, oksidləşmə stressinin fəallaşması və son nəticədə isə aterosklerozun inkişafının sürətlənməsi ilə bağlıdır [10]. Renin-angiotenzin-aldesteron sisteminin aktivliyinin artması və Mg^{++} -un defisiti endotelial disfunksiyanın (ED) inkişafı və vazokonstriksiyanın artması üçün əlverişli şərait yaratmış olur [11].

Bütün yuxarıda qeyd olunanları və Mg^{++} -un ürək-damar xəstəliklərindəki rolunu nəzərə alsaq ÜİX zamanı ED-nin korreksiyası məqsədilə qanda Mg^{++} -un səviyyəsinin öyrənilməsinin nə qədər aktual bir məsələ olduğunu daha aydın görmək olar.

Tədqiqatın məqsədi sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə qanda Mg^{++} -un konsentrasiyası ilə endotelial disfunksiyanın ağırlıq dərəcəsi arasındakı qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları: Qan zərdabında Mg^{++} -un səviyyəsinin öyrənilməsi məqsədi ilə tədqiqata II-III funksional sinif sabit gərginlik stenokardiyası olan 95 xəstə cəlb edilmirşdir. Xəstələrin yaşı 38-65 arası, orta yaş $53,7 \pm 1,0$ olmuşdur. II FS gərginlik stenokardiyası 46 nəfərdə, III FS gərginlik stenokardiyası 49 nəfərdə olmuşdur. Bu xəstələrdən 39-unda keçirilmiş miokard infarktı qeyd olunmuşdur. Endotelial funksiyanın vəziyyəti isə II-III FS gərginlik stenokardiyası olan 116 xəstənin (kişilər) iştirakı ilə yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin yaşı 38 və 68 yaş arasında olub orta hesabla $53,5 \pm 1,2$ il olmuşdur.

Qan zərdabında Mg^{++} -un konsentrasiyası kalorimetrik üsulla PRESTİGE 24: LG CALCIUM (Polşa) reaktivlər dəstindən istifadə etməklə BioLis 24 i Premium (Yaponiya) aparatında təyin edilmişdir. Qanda Mg^{++} -un səviyyəsinin 0,75 mmol/l-dən az olması hipomaqneziumemiya kimi qəbul edilmişdir [9]. Nəzarət qrupunu 25 praktik sağlam şəxs təşkil etmişdir. Orta yaş $48,1 \pm 0,9$ il olmuşdur.

Endotelial funksiyanın vəziyyəti isə impulsu ultrasəs dopplerexografik metoddan istifadə etməklə tezliyi 7MHz olan "Mindray" aparatı vasitəsi ilə öyrənilmişdir. Bu zaman O.V.İvanova və h.m. tərəfindən modifikasiya olunmuş D.S.Celermajer etal. metodundan istifadə edilmişdir. Endotelial disfunksiyanın ağırlıq dərəcəsi reaktiv hiperemiya zamanı bazu arteriyasının endoteldən asılı vazodilatasiyasının dinamikasının öyrənilməsi ilə qiymətləndirilmişdir [12, 13].

Statistik təhlil Statistica 6.0 statistik paketlər proqramından istifadəyə etməklə aparılmışdır. Orta göstəricilərin müqayisəsi Styudentin t kriteriyası və Pirsonun χ^2 kriteriyasından istifadə etməklə aparılmışdır. $P < 0,05$ olduqda fərq statistik dürüst sayılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Müayinə olunmuş xəstələrin ümumi qrupunda Mg^{++} -un konsentrasiyası qan zərdabında 0,45-dən 1,18 mmol/l-ə qədər, orta hesabla $0,82 \pm 0,02$ mmol/l olmuşdur. Nəzarət qrupunda isə bu elementin səviyyəsi 0,78-dən 1,22 mmol/l-ə qədər, orta hesabla $0,97 \pm 0,03$ mmol/l təşkil etmişdir ($p < 0,05$) (cədvəl 1). Mg^{++} -un səviyyəsinin xəstəliyin funksional sinfindən və keçirilmiş miokard infarktından asılı olaraq təhlili göstərdi ki, II FS-li gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə Mg^{++} -un səviyyəsi III FS xəstələrdə olan Mg^{++} -un səviyyəsindən dürüst fərqlənmir və bu göstəricilər $0,88 \pm 0,03$ və $0,85 \pm 0,03$ mmol/l təşkil edir ($p > 0,05$). Lakin miokard infarktı keçirmiş xəstələrdə Mg^{++} -un konsentrasiyasının orta göstərici II-III FS-li stenokardiyalı xəstələrin orta göstəricisindən statistik dürüst olaraq az olmuşdur ($0,76 \pm 0,03$ mmol/l; $p < 0,01$).

Növbəti təhlil müayinə edilmiş pasientlərdə hipomaqneziumemiyanın aşkar edilməsinə həsr edilmişdir. Ümumi qrupda (95 xəstə) hipomaqneziumemiyanın (0,75-dən 0,50 mmol/l-ə qədər) rastgəlmə tezliyi 39 olmuş və 41,0±5,0% təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunda isə hipomaqneziumemiya cəmi 2 xəstədə təsadüf edilmiş və 8% təşkil etmişdir ($p<0,01$). II FS gərginlik stenokardiyası olan 31 xəstədən 11-də (35,5±8,6%), III FS gərginlik stenokardiyası olan 25 xəstədən isə 9-da (36,0±9,6%) hipomaqneziumemiya aşkar edilmişdir. Bu isə onu göstərir ki, hipomaqneziumemiyanın rastgəlmə tezliyi stenokardiyanın funksional sinfinən asılı olmayıb hər iki qrupda praktik olaraq eyni dərəcədə təsadüf etmişdir. Lakin, miokard infarktı keçirmiş xəstələrdə hipomaqneziumemiya digər qruplarla müqayisədə daha çox aşkar edilmişdir və 48,7±7,9% (39 xəstədən 19-da) təşkil etmişdir. Buradakı fərq stenokardiyalı xəstələrlə müqayisədə (II-III FS) statistik dürüst olmuşdur ($p<0,05$).

Cədvəl № 1.**ÜIX olan xəstələrdə qanda maqneziumun səviyyəsi.**

Xəstələrin qrupu	Ümumi qrup n=95	Gərginlik stenokardiyası II FS n=31	Gərginlik stenokardiyası III FS n=25	Postinfarkt kardioskleroz n=39	Nəzarət qrupu n=25
Mg ⁺⁺ mmol/l	0,82±0,02* (0,45-1,18)	0,88±0,03* (0,68-1,18)	0,85±0,03* (0,65-1,09)	0,76±0,03**+ (0,45-0,95)	0,97±0,03 (0,78-1,22)

Qeyd: nəzarət qrupu ilə müqayisədə *- $p<0,05$, **- $p<0,01$; II və III FS gərginlik stenokardiyası olan xəstələrlə müqayisədə + $p<0,05$

Alınmış nəticələr ədəbiyyatda olan mənbələrdən alınmış nəticələrlə uyğun gəlir və ümumi populyasiyada hipomaqneziumemiyanın 10-40% arasında olmasını bir daha təsdiqləmiş olur [5].

Bazu arteriyasının endoteldənəsili vazodilatasiyasını təyin edərkən müayinə edilən xəstələrdə damar endotelinin nəzərəcarpacaq dərəcədə disfunksiyası aşkar edilmişdir. Cədvəl 2-dən göründüyü kimi manjet sınağının nəticələrinə əsasən II dərəcəli endotelial disfunksiya (ED) xəstələrin 44%-də aşkar edilmişdir. I və III dərəcəli ED isə müvafiq olaraq 21,5 və 19,0% pasientlərdə müəyyən edilmişdir. IV dərəcəli ED (vazokonstriktor reaksiya) 8,6%, 0 dərəcə (normal reaksiya) isə cəmi 6,9% təşkil etmişdir.

Cədvəl № 2.**Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrin qan zərdabında maqneziumun konsentrasiyasının ED-nin ağırlıq dərəcəsindən asılılığı. n=116.**

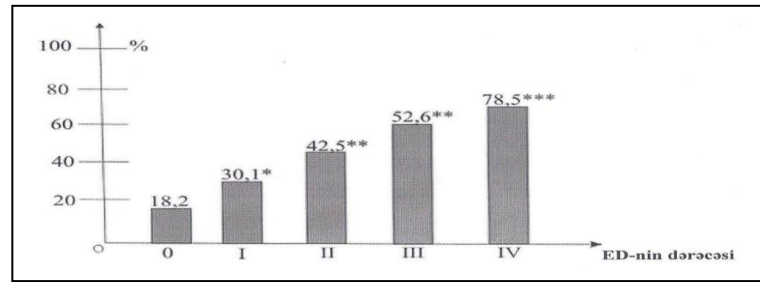
ED-nin ağırlıq dərəcəsi	Bazu arteriyasının dilatasiya dərəcəsi, %	Pasientlərin n	Sayı %	Mg ⁺⁺ qan zərdabında mmol/l
0	>9	8	6,9	0,90±0,02
I	9,0 -7,5	25	21,5	0,82±0,03*
II	7,5 -3,0	51	44,0	0,78±0,02*
III	3,0-2,0	22	19,0	0,70±0,03**
IV	<2,0 və ya vazospazm	10	8,6	0,68±0,02***

Qeyd: 0 dərəcəli ED ilə müqayisədə *- $p<0,05$, **- $p<0,01$, *- $p, <0,001$**

Mg⁺⁺-un qanda olan səviyyəsinin ED ağırlıq dərəcəsi ilə müqayisəli təhlili göstərdi ki, ED ağırlıq dərəcəsi artdıqca bu mineralın qan zərdabındakı səviyyəsi də paralel olaraq aşağı düşür. Mg⁺⁺-un səviyyəsinin ən yüksək göstəricisi 0 dərəcəli ED olan xəstələrdə müşahidə edilmişdir (0,90±0,02 mmol/l). II və III dərəcəli ED

olan xəstələrdə isə bu göstərici müvafiq olaraq $0,78 \pm 0,02$ və $0,70 \pm 0,03$ mmol/l olmuşdur.

Statistik təhlil zamanı aşağıdakı nəticələr alınmışdır. I, II, III, və IV dərəcəli ED sabit stenokardiyalı xəstələrdə Mg^{++} -un qandakı səviyyəsi 0 dərəcəli ED olan xəstələrlə müqayisədə statistik dürüst az olmuşdur. (müvafiq olaraq $p < 0,05$, $< 0,01$, $< 0,001$). Korrelyasion təhlil isə göstərdi ki, ED ağırlıq dərəcəsi ilə Mg^{++} -un zərabdakı səviyyəsi arasında mənfi korrelyasion əlaqə mövcuddur ($r = -0,56$; $p < 0,05$). Başqa sözlə sınaq zamanı ED ağırlıq dərəcəsi artdıqca qanda olan Mg^{++} -un konsentrasiyası da bir o qədər azalır. Biz eyni zamanda stenokardiyalı xəstələrdə qan zərəbında ED ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq hipomaqneziumemiyanın ($Mg^{++} < 0,75$ mmol/l) rastgəlmə tezliyini də öyrənmişik (şəkil). Müəyyən edilmişdir ki, 0 və I dərəcəli ED olan xəstələrdə hipomaqneziumemiya müvafiq olaraq 18,2 və 30,1% hallarda müşahidə edilmiş və bunlar arasında fərq dürüst olmuşdur ($p < 0,05$).



Şəkil 1. ED-nin ağırlıq dərəcəsi asılı olaraq hipomaqneziumemiyanın rastgəlmə tezliyi.

Qeyd: 0 dərəcəli ED ilə müqayisədə * - $p < 0,05$, * * - $p < 0,01$, * * * - $p < 0,001$

II və III dərəcəli ED olan xəstələrdə isə hipomaqneziumemiya müvafiq olaraq 42,5 və 52,6% hallarda müşahidə edilmişdir ($p < 0,01$). χ^2 kriteriyaları ilə hesablandıqda bu göstəricilər 0 dərəcəli ED olan xəstələrlə müqayisədə fərq statistik dürüst çox olmuşdur ($p < 0,01$). Hipomaqneziumemiya ən çox IV dərəcəli ED-si olan xəstələrdə təsadüf edilmiş və 78,5% təşkil etmişdir. 0 dərəcəli ED-si olan xəstələrlə müqayisədə bu fərq dürüst çox olmuşdur ($p < 0,001$).

Beləliklə, alınmış nəticələr belə qənaətə gəlməyə əsas verir ki, sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə ED-in ağırlıq dərəcəsi ilə qanda maqneziumun səviyyəsi arasında sıx qarşılıqlı əlaqə mövcuddur.

Bəllidir ki, damar endotelinin əsas funksiyalarından biri onun damar tonusunu tənzim etmək funksiyasıdır. Bu isə öz növbəsində endoteldən asılı genişləndirici amil olan azot oksidindən (NO) asılıdır. NO-nun hasil edilməsi NO-sintəzinin ekspressiyasından asılı olub arginin və araxidon turşusunun metabolizmi ilə sıx əlaqədardır [14]. ÜIX zamanı sərbəst radikalların aktivləşməsi NO-sintəzinin ekspressiyasını pozur və NO molekullarının peroksidləşməsinin modifikasiyasını sürətləndirir [15]. Belə dəyişikliklər birinci növbədə damar endotelini zədələyərək endotelin disfunksiyası üçün zəmin yaradır və lokal aterosklerozun əmələ gəlməsinə səbəb olur [16].

Alınmış nəticələr bir daha onu sübut edir ki, xronik ÜIX olan xəstələrdə Mg^{++} çatmamazlığı da (hipomaqneziumemiya) digər amillərlə yanaşı arterial damarların endoteldən asılı dilatasiyasının pozulmasının əsas mexanizmlərindən biridir.

Nəticələr:

1. II-III FS gərginlik stenokardiyası olan xəstələrin ümumi qrupunda Mg^{++} -un qan zərdabında konsentrasiyası orta hesabla $0,82 \pm 0,02$ mmol/l təşkil edir və stenokardiyanın funksional sinfindən asılı deyil. Lakin, miokard infarktı keçirmiş xəstələrdə Mg^{++} qan zərdabındakı səviyyəsi $0,76 \pm 0,03$ mmol/l olub, miokard infarktı keçirməyən xəstələrə nisbətən statistik dürüst az olmuşdur.

2. Hipomaqneziumemiyanın aşkarlanma tezliyi ümumi qrupda $41,0 \pm 5,0\%$ təşkil edir və stenokardiyanın funksional sinfindən asılı olmamışdır. Lakin postinfarkt kardioskleroza olan xəstələrdə hipomaqneziumemiyanın rastgəlmə tezliyi $48,7 \pm 7,9\%$ olub II-III FS-li gərginlik stenokardiya xəstələrdəki göstəricilərdən statistik dürüst çox olmuşdur ($p < 0,05$).

3. ÜİX olan xəstələrdə praktik sağlam şəxslərlə müqayisədə (nəzarət qrupu) Mg^{++} -un ümumi səviyyəsi statistik dürüst az və hipomaqneziumemiyanın rastgəlmə tezliyi isə statistik dürüst çox olmuşdur.

4. Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə endoteldən asılı disfunksiyanın ağırlıq dərəcəsi ilə qan zərdabındakı Mg^{++} səviyyəsi arasında mənfi korrelyasiya mövcuddur ($r < -0,56$; $p < 0,05$).

5. Hipomaqneziumemiyanın rastgəlmə tezliyi ($Mg^{++} < 0,75$ mmol/l) endotelial disfunksiyanın ağırlıq dərəcəsi ilə dürüst qarşılıqlı əlaqə təşkil edir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Минделл Э. Справочник по витаминам и минеральным веществам. Москва: Медицина и питание, 2000, с. 83 – 85.
2. Wallach S. Availability of body magnesium during magnesium deficiency // Magnesium, 1988, v. 7, pp.262 – 270.
3. Городецкий В.В., Талибов О.Б. Препараты магния в медицинской практике. Малая энциклопедия. Москва: Медпрактика, 2003, 44 с.
4. Метаболизм магния и терапевтическое значение его препаратов. Москва: Медпрактика, 2002, 28с.
5. Schimatchek H.F., Rempis R. Prevalence of hypomagnesemia in an unselected German population of 16,000 individuals // Magnes Res 2001, v. 14, P.283 –290.
6. Bonetti P.O., Lerman L.O., Lerman A. et al. Endothelial dysfunction. A marker of atherosclerotic risk // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2003. Vol.23. P.168- 175.
7. Бувальцев В.И. Дисфункция эндотелия как новая концепция профилактики и лечения ИБС. // Международный мед журн 2001; 3:302 -208.
8. Schimatchek H.F., Rempis R. Prevalence of hypomagnesemia in an selected German population of 16,000 individuals. Magnes Res 2001; 14:283 -290.
9. Bourre J.M. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients. J Nutr Health Aging 2006; 10:377 -385.
10. Лазебник Л.Б., Дроздова С.Л. Коррекция магниевого дефицита при сердечно - сосудистой патологии. // Кардиология 1997;5:103 -104.
11. Ueshima K. Magnesium and ischemic heart disease: a review of epidemiological, experimental, and clinical evidences. // Magnes Res 2005; 18: 275 -284.
12. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Gooch V.M. et al. Non -invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. // Lancet 1992;340:1111 -1115.
13. Иванова О.В., Рогоза А.Н., Балахонова Т.В. и др. Определение чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелий как метод оценки состояния эндотелийзависимой вазодилатации с помощью ультразвука высокого разрешения у больных с артериальной гипертензией. // Кардиология 1998;3:37-41.
14. Scholkens B.A., Unger T. ACE Inhibitors, Endothelial function and Atherosclerosis. Amsterdam Media Medica Publications, 1993.
15. Verma S., Buchanan M.R., Anderson T.J. Endothelial function testing as a biomarker of vascular disease // Circulation. 2003. Vol.108. P.2054- 2059.
16. Воронков А.В. Эндотелиальная дисфункция и пути ее фармакологической коррекции. Дис...д-ра мед.наук:14.03.06. Волгоград, 2011.237с.

РЕЗЮМЕ**ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УРОВНЕМ МАГНИЯ В КРОВИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА****Кулиева А.Д.**

**Научно-исследовательский институт кардиологии им. акад. Д.
Абдуллаева**

Целью исследования явилось изучение связи между уровнем магния в сыворотке крови и функциональным состоянием эндотелия у больных стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса. Установлено, что концентрация магния достоверно меньше среди лиц с перенесенным в прошлом инфаркта миокарда, чем среди больных стенокардией напряжения без инфаркта миокарда. Гипомагниемия ($<0,75$ ммоль/л) в общей группе встречалась у $37,9\% \pm 5,0\%$ случаев и преобладала у больных с постинфарктным кардиосклерозом. Определена отрицательная корреляционная связь между уровнем магния в крови и степенью тяжести эндотелиальной дисфункции ($r = -0,56; p < 0,05$).

Ключевые слова: стабильная стенокардия напряжения, эндотелиальная дисфункция, магний.

SUMMARY

TO STUDY THE CORRELATION BETWEEN THE LEVEL OF MAGNESIUM IN BLOOD AND FUNCTIONAL CONDITION OF ENDOTHELIUM OF PATIENTS WHO HAVE CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE.

Guliyeva A.D.

Scientific-Research Institute of Cardiology named after J. Abdullayev, Baku

The purpose of the research was to study the connection between the level of magnesium in the blood serum and functional condition of endothelium of patients who have stable exertional angina of functional class II and III.

The concentration of magnesium was found to be significantly less among those who had a myocardial infarction in the past as compared to patients with exertional angina without myocardial infarction. Hypomagnemia ($<0,75$ mmole/l) in the common group was encountered in $37,9\% \pm 5,0\%$ cases and prevailed with patients with post infarction cardio sclerosis. A negative correlation was determined between the level of magnesium in blood and the severity of the endothelium dysfunction. ($r = -0,56; p < 0,05$)

Key words: stable exertional angina, endothelium dysfunction, magnesium.

Daxil olub: 20.05.2016.

**К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ (ДН) У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (СД) ВТОРОГО ТИПА**

Мамедзаде А.Я.

**Кафедра внутренних болезней II Азербайджанского
Медицинского Университета.**

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нефропатия, сулодексид, протеинурия, микроальбуминурия.

Диабетическая нефропатия (ДН) является одним из ранних тяжелых осложнений сахарного диабета (СД), приводящих к формированию почечной недостаточности. В настоящее время детально изучается её патогенез. При СД 2 микроальбуминурия (МАУ) является не только предиктором ДН у больных СД, но и связана с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений [1], ассоциирована с повышенной общей и сердечно-сосудистой смертностью [2, 3, 4].

Во всем мире диабетическая нефропатия (ДН) и развившаяся вследствие неё почечная недостаточность являются лидирующей причиной смертности больных сахарным диабетом (СД) 1 типа. У больных СД 2 типа ДН стоит на 2-ом месте среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний.

В 1989 г. сформулирована гипотеза общего патологического процесса, лежащего в основе генерализованной эндотелиальной дисфункции и МАУ[5].

Гипотеза, предложенная Deckert Т. и соавт., получила название гипотезы Стено по названию госпиталя в Дании, где работали ученые. Согласно гипотезе Стено, основной причиной, ведущей к развитию как МАУ, так и ДН, является генетический дефект в структуре базальной мембраны клубочков (БМК) в условиях СД, в патогенезе, которого отмечается повышение интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), в результате чего могут усугубляться характерные для СД структурно-функциональные изменения мембран тромбоцитов, что вторично ведет к активации коагуляционного и тромбоцитарного компонентов гемостаза и по принципу обратной связи увеличивает степень вызываемых дефицитом инсулина нарушений.

С позиций современных представлений о механизма развития ДН актуальной и патогенетически обоснованной является мультикомпонентная терапия, одним из направлений которой является коррекция дисфункции эндотелия и структурных изменений гликокаликса и базальной мембраны клубочков почек в восстановлением содержания в ней ГС.

Основной целью терапии развившейся ДН является предупреждение развития терминальной почечной недостаточности (ТПН) и снижение сердечно-сосудистых рисков. Лечебные мероприятия должны воздействовать на основные патогенетические механизмы и факторы риска, влияющие на развитие и прогрессирование ДН; наибольшая эффективность в отношении замедления прогрессирования ДН может быть достигнута при многофакторном подходе, одним из направлений которой является коррекция дисфункции эндотелия, а также структурных изменений гликокаликса и базальной мембраны почечных клубочков [7].

Одним из гепариноидов, восстанавливающих зарядоселективность базальной мембраны, является сулодексид.

Терапевтическая эффективность сулодексида обусловила возможность его включения в лечение ДН на стадии МАУ в сочетании с антигипергликемической терапией и применением ингибитора ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы ренин ангиотензина (БРА).

Цель и задача: оценить клиническую эффективность препарата из группы гликозаминогликонов сулодексида в терапии больных СД 2 типа с диабетической нефропатии на стадии альбуминурии и протеинурии.

Материалы и методы исследование: Сулодексид использовали при лечении 48 больных с СД 2 типа.

Больные разделены на 2 группы, основным критерием при формировании которых служила стадия ДН по классификации Mogensen: у 25

больных диагностирована начинающаяся ДН (экскреция альбумина с мочой от 30 до 300 мг/сут.) и у 23 выраженная ДН (протеинурия свыше 300 мг/сут.). Учитывая, что больные имели различную степень компенсации углеводного обмена, мы оценили влияние качества метаболического контроля на эффективность лечения сулодексидом. С этой целью больные разделены на 2 подгруппы в зависимости от уровня гликолизированного гемоглобина (HbA1): 1-я подгруппа – больные с уровнем HbA1 < 12% (9,3-12,5%), из них с микроальбуминурией (МАУ) – 12 больных, с протеинурией – 8 больных; 2-я подгруппа с уровнем HbA1 12% (12,6-16,4%), с МАУ наблюдалось – 15 больных, с протеинурией – 13 больных. Согласно протоколу исследований, продолжительность курса лечения сулодексидом составила 4 нед. В течение первых 2 нед. препарат вводили внутримышечно 1 раз в сутки в дозе 600 ЛПД ед. (5 дней в неделю с 2-дневным перерывом), следующие 2 нед. больные получали препарат в капсулированной форме – по 1 капсуле дважды в сутки в дозе 500 ед. Эффект лечения оценивался по динамике альбуминурии. Определение суточной экскреции альбумина с мочой проводилось до лечения, через 1, 2 и 4 нед. после начала лечения и через 4 нед. после отмены препарата.

Лабораторное обследование включало определение:

- 1) HbA1c (иммунотурбидиметрический метод, аппарат «Hitachi» «Boehringer Mannheim», Германия);
- 2) Определение экскреции альбумина в суточной моче иммунотурбидиметрическим методом на автоматическом анализаторе KONE (Финляндия);
- 3) Определение скорости клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина;

Уровень АД у всех больных на фоне проводимой антигипертензивной терапии ингибиторами ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ) / антагонистами рецепторов ангиотензина (БРА) был < 140/90 мм рт.ст. Терапевтическая эффективность сулодексида обусловила возможность его включения в лечение ДН в сочетании с антигипергликемической и антигипертензивной терапией.

Результаты исследования: В результате лечения сулодексидом у 40 из 48 больных отмечен антипротеинурический эффект. Таким образом, назначение сулодексида больным с ДН приводит к существенному снижению альбуминурии. У 20 больных с микроальбуминурией уже через неделю отмечалось достоверное снижение экскреции с длительным сохранением протекторного эффекта после отмены препарата. Антипротеинурический эффект наступал в более ранние сроки, был более выраженным и стойким у больных с микроальбуминурией, в дальнейшем антипротеинурический эффект сохранялся, достигая максимума к концу 4-й недели (после окончания приема капсульных форм) и оставался неизменным даже спустя 4 нед. после отмены сулодексида. У больных с протеинурией через неделю существенной динамики уровня экскреции белка с мочой не отмечено. Снижение протеинурии в 1-й подгруппе наблюдалось не ранее 2-й недели применения сулодексида, а достоверный антипротеинурический эффект отмечался лишь к концу лечения. Через 4 нед. после отмены препарата увеличение уровня протеинурии было незначительным (таб.1). Снижение альбуминурии было достигнуто без сопутствующего снижения скорости клубочковой фильтрации, ее значения в процессе лечения не изменились в обеих группах больных (рис.)

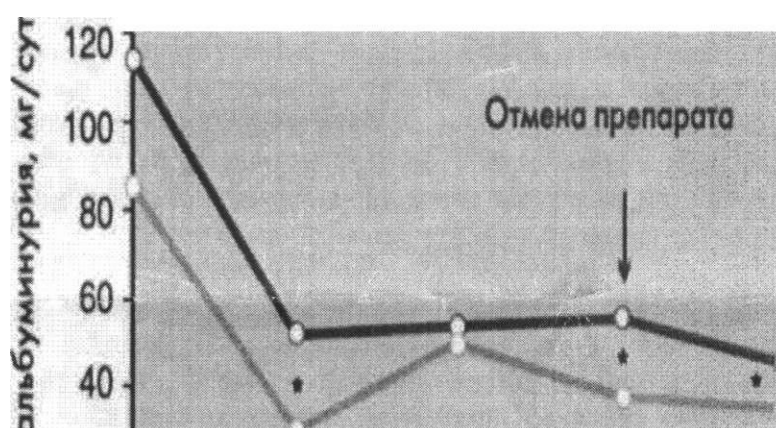
Механизмы реализации нефропротективного эффекта гликозаминогликанса (ГАГ) остаются невыясненными. Антипротеинурический эффект,

вероятно, обусловлен стимуляцией гепарансульфата и увеличением плотности отрицательных зарядов БМ клубочков. Высказывается предположение в пользу механического ГАГ эндотелиоцитов с включением эндогенных сульфгидрильных групп и восстановлением зарядности БМ.

Наши данные о влиянии препарата на альбуминурию согласуются с данными международных работ по применению сулодексида у больных с ДН на стадии МАУ и протеинурии. В проведенном нами исследовании достигнутый эффект снижения экскреции альбумина с мочой после отмены препарата сохранялся в течение 4 недель. Вероятнее всего, сохраняющийся эффект сулодексида после окончания его приема отражает благоприятное влияние препарата на почечное ремоделирование.

Таблица № 1

Время исследования	Микроальбуминурия, мг/сут	Протеинурия, мг/сут
Исходные данные	94,1±17,3	429±94
1 нед. от начала лечения	37±7,5*	432±11,9
2 нед. от начала лечения	51±12,5*	328±14,9
4 нед. от начала лечения	43±13*	429±16,0
4 нед. после отмены препарата	38±11*	430±16,2



Важнейшим аспектом эндотелиальной дисфункции и патологии является деградация гликокаликса не только почечной ткани, но и всего сосудистого русла. Таким образом, МАУ можно считать маркером повреждения не только БМК почек, но и системного сосудистого повреждения и генерализованной дисфункции эндотелия с повреждением покрывающего эндотелиоциты слоя – гликокаликса. В нашем исследовании на основании снижения уровней МАУ косвенно можно судить об уменьшении повреждения эндотелия при лечении сулодексидом.

В настоящее время проводятся масштабные международные исследования, которые могут предоставить дополнительные сведения о терапевтическом потенциале гликозаминогликанов при ДН.

Заключение: Проведенное исследование показало, что сулодексид хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов.

Назначение сулодексида в течение 4 нед. при диабетической нефропатии оказывает достоверный антипротеинурический эффект у абсолютного большинства больных; более выраженный положительный эффект наблюдается при начальных стадиях нефропатии, что говорит о том, что Сулодексид является препаратом патогенетической терапии ДН при СД

2, оказывающим достоверный позитивный эффект на экскрецию альбумина с мочой.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1) Yildirim O., Kilicgedik M., Tugcu A., et. al., The relationship of microalbuminuria with left ventricular functions and silent myocardial ischemia in asymptomatic patients with type 2 diabetes // Arch. Turk. Soc. Cardiol.-2009.-37 (2). -P.91-97.
- 2) Borch-Johnsen K., Feldt-Rasmussen B., Strandgaard S., Urinary albumin excretion. An independent predictor of ischemic heart disease // Arterioscler Thromb. Vasc. Biol. -1999.-19.-P.1992-1997.
- 3) Dinneen S.F., Gerstein H.C. The association of microalbuminuria and mortality in non-insulin-dependent diabetes mellitus. A systematic overview of the literature // Arch. Intern. Med. -1997.-157.-P.1413-1418.
- 4) Wei-Wei Zhan, Yu-Hong Chen, Yi-Fei Zhang. Carotid stiffness and microalbuminuria in patients with type 2 diabetes // Endocrine. -2009.-35-P.409-413.
- 5) Deckert T., Feldt-Rasmussen B., Borch-Johnsen K., Albuminuria reflects widespread vascular damage. The Steno hypothesis // Diabetologia. -1989.-32(4). P.219-226
- 6) Семенова И.В. Влияние гликозаминогликанов на течение диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии при сахарном диабете 2 типа // Сахарный диабет. 2010. No 3. С.34-39.

Daxil olub: 14.02.2017.

СОДЕРЖАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БЕЛКОВ В СЛЮНЕ У БОЛЬНЫХ С ПАРОДОНТИТОМ И ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

Сеидбеков О.С., Алиев А.Р., Ахмедова Л.М., Рагимова Ш.М.

***Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования Врачей имени А.Алиева, г.Баку
Кафедра стоматологии и челюстно – лицевой хирургии,
Центральная научно – исследовательская лаборатория***

Açar sözlər: parodontit, təşviş-qorxu pozuntuları, ağız suyunun zülalları

Ключевые слова: пародонтит, тревожно-фобические расстройства, белки слюны

Key words: parodontitis, anxious-phobic disorders, saliva proteins

В последнее время произошли значительные положительные изменения в оказании стоматологической помощи населению. Стоматологи начали уделять особое внимание пациентам с тревожно-фобическими расстройствами. Однако, несмотря на все достижения современной стоматологии, новейшие технологии в лечении, стоматологические манипуляции в сознании людей остаются связанными с негативными эмоциями. Причина – дентофобия, панический непреодолимый страх перед стоматологическим вмешательством [1].

Доказано, что белковый состав ротовой жидкости коррелирует с тревожно-фобическим напряжением. Было показано, что положительные тревожно-фобические состояния сопровождаются увеличением уровня фосфорилирования ряда белков смешанной слюны, что в свою очередь может быть связано с повышением содержания данных белков на фоне различных тревожно-фобических состояний [3]. Наряду с этим выявлено, что уровень белков в сыворотке и плазме крови превышает содержания в ротовой жидкости в сотни раз, достигая уровня 65-85 г/л. Существенное снижение уровня белков в ротовой жидкости по сравнению с кровью объясняется низкой проницаемостью через гематосаливарный барьер. В

стимулированной и нестимулированной слюне уровень общего белка варьирует [2].

Цель работы – исследовать уровни воспалительных белков у пациентов с пародонтитом с различным тревожно-фобическим состоянием по шкале Спилбергера-Ханина.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 22 пациента с пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Обследование и лечение пациентов проведено на базе Клинической Больницы №1. Биохимические исследования проведены в ЦНИЛ АзГИУВ им. А.Алиева. Диагноз больным устанавливали на основании клинического осмотра, определении стоматологических индексов РМА, КПУ, РНР, ортопантомограмм. По шкале Спилбергера-Ханина (Spielberger Ch.D., 1970) выделено 4 группы больных. Для оценки психосоматического статуса была использована Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина: 1-ая группа – низкая тревожность – 5-8 баллов, 2-ая группа (n=6) – средняя тревожность – 9-11 баллов, 3-я группа – высокая тревожность – 12-17 баллов, 4-ая группа (n=5) – очень высокая тревожность – 18-20 баллов. Наряду с этим, для изучения особенностей изменений тревожно-фобических состояний было проведено клиническое обследование, включающее: изучение жалоб и анамнез. Полученные данные позволили определить и проанализировать степень тревожности и выявить проявления дентофобии. Контрольную группу составили практически здоровые лица (n=10) из числа сотрудников и врачей-курсантов кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии АзГИУВ имени А.Алиева.

Средний возраст обследованных пациентов составил 35.5 ± 6.4 лет – минимальный – 20 лет, максимальный – 66 лет. В качестве материала для исследования служили образцы смешанной нестимулированной слюны. Сбор слюны проводили утром путём сплёвывания в пробирки, на нечищенные зубы, натошак. Обычно получали 3-5 мл слюны. Определение содержания воспалительных белков в слюне – общий белок (ОБ), альбумины (А), глобулины (Г), их соотношение А/Г проводили на биохимическом анализаторе BioScreenMS-200 с помощью наборов Human (Германия). Уровень интерлейкина ИЛ-1 β – основного провоспалительного цитокина в слюне определяли иммуноферментным методом (ИФА-метод) на анализаторе BioscreenMS-500 с помощью наборов фирмы Вектор-Бест (Новосибирск).

Статистическая обработка данных выполнялась с применением медицинских программных средств Microsoft Excel 2010 г. по методу Н.В.Трухачева (2012).

Результаты исследований. До стоматологического вмешательства нами были получены следующие данные о личностной и ситуативной тревожности пациентов по шкале Спилбергера-Ханина: очень высокая тревожность отмечалась у 5 (22.7%) пациентов, высокая у 5 (22.7%), средняя – у 6 (27.2%), низкая – у 6 (27.2%). Ввиду этого в помощи психолога и приеме фармакологических препаратов по данным литературы нуждались пациенты при высокой и очень высокой тревожности.

В ходе исследования было выявлено, что причинами фобий у наших пациентов являются: свой негативный опыт при предыдущих посещениях стоматолога, чужой негативный опыт, перенос негативного опыта лечения в других областях медицины на стоматологию, ощущение собственной беспомощности, уязвимости, отчаяние, которое в свою очередь вызывает страх. Проведение психологического исследования у больных пародонтитом с помощью тестов Спилбергера-Ханина показали, что у большинства

обследованных отмечается повышенный уровень тревожности, хронический стресс, вызванный разного рода причинами.

Нами выявлены особенности в содержании общего белка в ротовой жидкости у больных пародонтитом с различной степенью тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. Как известно, ротовая жидкость относительно бедна белком, его концентрация в ротовая жидкости существенно меньше, чем в плазме крови. Установлено, что в среднем концентрация общего белка составляет от 500 мг до 4 г/л. В наших исследованиях уровень общего белка в группе практически здоровых лиц в среднем составил 1.14 ± 0.1 г/л, альбумина – 0.54 ± 0.05 г/л, глобулинов – 0.6 ± 0.06 г/л, соотношение А/Г – 0.93 ± 0.08 , ИЛ-1 β – 42.2 ± 6.4 пг/мл.

Сравнение белковой составляющей слюны в группах пациентов с различными уровнями тревожности позволило установить следующие закономерности. При исследовании содержания уровня воспалительных белков в ротовой жидкости установлено, что в 1-ой группе с низким уровнем тревожности уровень общего белка в среднем составил 1.3 ± 0.1 г/л, альбумины 0.8 ± 0.06 г/л, глобулины 0.5 ± 0.09 г/л, А/Г соотношение – 1.74 ± 0.3 ИЛ-1 β – 49.9 ± 5.7 пг/мл. Изменения белковой составляющей ротовой жидкости у пациентов 2-ой группы с умеренной тревожностью проявлялись также в повышении общего белка (1.5 ± 0.1 г/л), альбумины (0.9 ± 0.07 г/л), А/Г – 2.1 ± 0.3 , ИЛ-1 β (51.1 ± 5.6 пг/мл) и снижение глобулинов до 0.5 ± 0.07 г/л. В содержании белков в ротовой жидкости у пациентов 3-й группы отмечалась та же тенденция. Повышение общего белка до 1.8 ± 0.1 г/л, альбуминов до 1.38 ± 0.1 г/л, ИЛ-1 β до 59.4 ± 6.9 пг/мл, А/Г до 3.9 ± 0.9 и снижение глобулинов до 0.44 ± 0.1 г/л по сравнению с данными в группе практически здоровых лиц. В 4-ой группе пациентов повышение общего белка, альбуминов, и ИЛ-1 β было более статистически значимо. Уровень общего белка повышен в 1.7 раз, альбумины в 2.6 раза, ИЛ-1 β в 1.5 раз и снижение уровня глобулинов в 1.5 раза ($p < 0.05$) относительно данных в контрольной группе.

Учитывая полученные данные о повышении общего белка, можно связать их с усилением распада белковых структур тканей пародонта, а также с повышением проницаемости гематосаливарного барьера, в результате чего в ротовую жидкость поступают белки сыворотки крови.

Корреляционный анализ показал наличие прямых положительных взаимосвязей между уровнями общего белка и показателями тревожности по шкале Спилбергера-Ханина ($r=0.3$), уровнем альбуминов ($r=0.33$), ИЛ-1 β ($r=0.4$) и отрицательную взаимосвязь с уровнем глобулинов ($r= -0.3$).

Таким образом, нами выявлены достоверно более высокие значения уровня общего белка, альбуминов, ИЛ-1 β и достоверно более низкие значения уровня глобулинов у пациентов с высоким и очень высоким уровнем тревожности. Корреляционный анализ свидетельствует о повышении уровня общего белка, альбуминов и ИЛ-1 β при нарастании уровня тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. Биохимические исследования ротовой жидкости (общий белок, альбумины, ИЛ-1 β) могут служить показателями уровня тревожности у пациентов с пародонтитом в стадии обострения процесса.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Гажва С.И., Горячева Т.П. Психоэмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования – 2014 – № 4, стр. 21-24).
2. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. – Слюна, Аналитические возможности и перспектива, М., Издательство БИНОМ, 2014. – 312с.

3. Малышева Г.В., Чуйкин С.В., Воложин А.С. – Структурно – функциональные состояния гематосаливаторного барьера при стресс-индуцированных изменениях в пародонте под влиянием ритмических гипотермических воздействий // Cathedra-кафедра. Стоматологическое образование. 2008. Т.7, №4, с. 30-34.

4. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико – биологических исследованиях с применением пакета statistica. М.: ГЭОТАР. – Медиа, 2012. 384с.

X Ü L A S Ə

PARODONTİT VƏ TƏŞVİŞ-QORXU POZHUNTULAR OLAN XƏSTƏLƏRİN AĞIZ SUYUNDA İLTİHABLI ZÜLALLARIN TƏRKİBİ

Seyidbəyov O.S., Əliyev A.R., Əhmədova L.M., Rəhimova Ş.M.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı Stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Mərkəzi Elmi-Tədqiqat Laboratoriyası

İşimizin məqsədi – Spilberqer-Xanin şkalası ilə parodontitin yüngül və orta ağırlıq dərəcəsi və təşviş-qorxu vəziyyəti ilə olan xəstələrdə ağız suyunun tərkibində olan iltihablı zülalların səviyyələrinin dəyişməsinin aşkarlanması. Parodontitin yüngül və orta ağırlıq dərəcəsi ilə 22 xəstənin müayinəsi aparılmışdır. Pasientlərin müayinəsi və müalicəsi 1 saylı Klinik Xəstəxanasının bazasında aparılmışdır. Spilberqer-Xanin şkalasına görə 4 qrup xəstə formalaşmışdır: yüksək və çox yüksək həyəcanlılıq 22.7%, orta və zəif isə 27.2% xəstələrdə aşkar edilmişdir. Qarışıq ağız suyunda iltihabi zülalların səviyyə miqdarların təyin edilmişdir – ümumi zülal, albuminlər, qlobulinlər, a/q nisbəti və İL-1β. Bizim tərəfimizdən xəstələrdə ümumi zülalın, albuminlərin, qlobulinlərin və İL-1β yüksək göstəriciləri aşkar olunmuşdur. Korrelyasiya analiz ümumi zülal, albuminlərin və İL-1β səviyyələrin artırılmasını Spilberqer-Xanin şkalasına görə həyəcan səviyyəsini göstərir.

S U M M A R Y

CONTENT OF INFLAMMATORY PROTEINS IN SALIVA AMONG THE PATIENTS WITH PARODONTITIS AND ANXIOUS-PHOBIC DISORDERS

**Seyidbayov O.S., Aliyev A.R., Akhmedova L.M., Rahimova Sh.M.
Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors' named
after A.Aliyev, Baku, Chair of Stomatology and Maxilla-Facial Surgery
Central Scientific-Research Laboratory**

By the purpose of our work was to surveyed patients with parodontitis of mild to moderate severity and anxious-phobic condition according to Spilberger-Khanin scale and to reveal the changes of containing levels of inflammatory proteins in saliva among them. We surveyed 22 patients with parodontitis of mild to moderate severity. Survey and treatment of patients were conducted on the basis of Clinical Hospital №1. According to Spilberger-Khanin scale, 1970 were created 4 groups of patients: very high and high anxiety indicated among 22.7%, medium and low among 27.2% cases. In mix saliva determined levels of content inflammatory proteins in saliva – general protein, albumens, globulins, a/g correlation and IL-1β. We revealed authentically more high data of general protein, albumins, IL-1β, and authentically more low data of globulins among the patients with high and higher level of anxiety. Correlation analysis witnesses about the increase of general protein level, albumins and IL-1β during the increase of anxiety level according to Spilberger-Khanin scale.

PERİİMLANTİTLƏR ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞU MİKROFLORASININ DİNAMİKASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Əliyev M.H., Erdogan İ.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Mikrobiologiya və İmmunologiya kafedrası.

Müasir stomatologiyada implantologiya ən önəmli statusa malik bölmələrdən olub, geniş tətbiq olunur. İmplantatların tətbiqi zamanı bir sıra nüanslar nəzərə alınmadıqda onun tutması və sonradan funksional fəaliyyətində problemlər meydana çıxma bilər [8]. Bütün süd və daimi dişlərin səthində olduğu kimi implantatların da səthində ərplər toplanma bilər ki, onun da tərkibində əsas yeri mikroorqanizm kütləsi tutur. Diş ərpinin mikroaləmi dişlərin sərt toxumalarında destruktiv karioz proseslər törətməklə bərabər diş əti və digər parodont toxumalarında da destruktiv dəyişikliklərə gətirib çıxarırlar. İmplantatlar üzərində toplanan ərp kütləsi isə implantatətrafi (periimplant) toxumalarda anoloji dəyişikliklərə səbəb olur. Periimplantitlər implantatların tətbiqindən sonra ən çox sayda rast gəlinən ağırlaşmalardan hesab olunurlar ki, onlarında meydana gəlməsində mikrobioloji amillərin müstəsna rolu vardır. Yaş artdıqca insanda diş-diş əti ərplərinin və çökmüntülərinin yaranmasının intensivləşməsi qeydə alınmışdır. Bu hal diş ətlərinin “çəkilməsi” nəticəsində açığa çıxan sərt toxuma səthinin diş minasına nisbətən daha kələ kötür olması və s. səbəblərlə əlaqədardır [11]. Bəzi tədqiqatlar isə ümumiyyətlə ərp yaranmasının miqdarını yaşla əlaqələndirmirlər. Bu ziddiyətli hal tədqiqat zamanı yaşa görə qruplara bölünmüş, tədqiqat obyektı olan şəxslərin diş ətlərinin “çəkilməsinin” və diş köklərinin çılpaqlaşmasının müxtəlif səviyyələrdə olmasıyla əlaqədar ola bilər. Yaşlanma ilə əlaqədar diş əti üstü diş çökmüntülərində hər hansı bir ciddi keyfiyyət dəyişikliyinə olduğu qeydə alınmamışdır. Bəzi tədqiqatlar diş əti altı diş çökmüntülərinin tərkibinin yaş artdıqca sabit qaldığını, digər tədqiqatlar isə yaşlı insanların diş əti altı diş çökmüntülərinin tərkibində bağırsağ çöplərinin və psevdomonas növlərinin miqdarının nisbətən artıq olduğunu aşkar etmişdir [1]. Mombelli sonuncu qeyd olunan mikroorqanizmlərin nəinki yaşlı insanların diş əti altı diş çökmüntülərində həm də ağız boşluqlarında cavan şəxslərdən çox olduğunu aşkar etmişdir [3]. İnsanın yaşının artmasıyla əlaqədar parodontun patogen mikroorqanizmlərinin də tərkibi dəyişir, belə ki, yaş artdıqca parodontopatiyaların meydana çıxmasında Porphyromonas gingivalisin rolunun artması, Actinobacillus actinomycetemcomitansın isə rolunun azalması qeyd olunmuşdur [6]. Bununla belə, ağız boşluğundakı bakteriyaların keyfiyyət tərkibinin dəyişikliyə uğramasının yaşlanma yaxud ekoloji amillərlə bağlı olduğunu müəyyənləşdirmək çox çətinidir.

Ağız suyu ilə bərabər diş əri də ağız boşluğu mikroflorasının müəyyənləşdirilməsində mühüm rola malikdir. Diş ərpinə ikincili olaraq sonradan gəlib yapışan mikroorqanizmlər adətən diş əri yeni formalaşmağa başladığı dövrdə pellikulaya yapışırlar. Bu bakteriyalar yalnız ilkin olaraq, diş pellikulasına yapışmış bakteriyalara yapışa bilərlər. Onlara Prevotella intermedia, Prevotella loescheii, Capnocytophago növləri, Fusobacterium nucleatum və Porphyromonas gingivalis aiddirlər. Laborator tədqiqatlar nəticəsində diş ərpinin qalınlığı boyu yerləşmiş mikroorqanizmlərin bir-birilərinə yapışmaq xassələrinin olması aşkar olunmuşdur. Bu qabiliyyətə koaqreqasiya prosesi deyilir. Koaqreqasiya prosesi bakteriyaların səthlərindəki zülal və karbohidratlar arasında spesifik stereokimyəvi qarşılıqlı əlaqələrin yaranmasıyla əlaqədardır [4,10]. Bu bakteriyalar arasındakı qeyd olunan kimyəvi qarşılıqlı əlaqələr bakteriyaların hibrofob,

elektrostatik və Van der Vals qüvvələrinə nisbətən daha dayanıqlı və möhkəm olurlar. Koaqreqasiya prosesinin ağız boşluğundakı koloniyalaşma prosesindəki əhəmiyyətli in vitro şəraitində və heyvanlar üzərində yaradılmış modellərdə öyrənilmişdir. İlkin koloniyalaşan bəzi mikroorqanizmlərlə bəzi ikincili koloniyalaşan mikroorqanizmlər arasındakı qarşılıqlı əlaqələr diqqəti daha çox cəlb edir ki, bunlara da *F. nucleatum* və *S. sanguis*, *P. loeschei* və *A. viscosus*, *Campylobacter phage ochracea* və *A. viscosus* aralarındakı qarşılıqlı əlaqələri misal göstərmək olar [2, 9]. Koaqreqasiya prosesinə aid aparılmış əksər tədqiqatlar müxtəlif qram-müsbət mikroorqanizmlər və qram –müsbət mikroorqanizmlərlə qram –mənfi mikroorqanizmlər arasındakı qarşılıqlı əlaqələrin öyrənilməsi istiqamətində aparılmışdır. Ancaq onu da qeyd etmək lazımdır ki, diş ərpinin formalaşmasını sonuncu və tam formalaşmasının mərhələsində isə müxtəlif qram –mənfi mikroorqanizmlər arasındakı koaqreqasiya prosesləri üstünlük təşkil etməyə başlayır. Qram –mənfi mikroorqanizmlər arasındakı koaqreqasiya prosesinə *F. nucleatum* və *P. gingivalis*, *F. nucleatum* və *Treponema denticola* arasındakı qarşılıqlı əlaqələri aid etmək olar [5].

Tədqiqatın məqsədi: İmplantatlar tətbiq edilmiş xəstələrdə meydana gələn çatışmazlıqlar və periimplantitlər zamanı mikrofloranın dinamikasının öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən 150 nəfər implantatlar tətbiq edilmiş şəxslər tədqiqata cəlb edilmişlər. Qeyd edək ki, tərəfimizdən xəstələrin implantatları diametr və uzunluqları 3,4x12, 3,8x 12 və 4,3x12 olmaqla (İmplantium; Dentium, Seoul, South Korea) yetkin sümük içərisinə yerləşdirilmişdir. Bütün cərrahi əməliyyatlar lokal anesteziya (artikain 1:200000 epinefrin) altında icra edilmişdir. Daha sonra onların implantatları üzərinə körpüyəbənzər ortopedik konstruksiyalar tətbiq olunmuşdur. Tədqiqatın ilkin mərhələsində bu xəstələrdə protez konstruksiyalarının arasında qıda qalıqlarının qalması, diş çököntülərinin olması, protezlərin çatlaması, qırılması, implantatların laxlaması, selikli qişanın iltihabı –mukozit, fiksasiyanın zamanla pozulması, implantatın itirilməsi və okklüzion təması qeyri –qənaətbəxş olması kimi ağırlaşma və çatışmazlıqların rast gəlinməsi say və faiz göstəricisi ilə müəyyən edilmişdir. Müayinələr stomatoloji zond və güzgü ilə həyata keçirilmiş, lazım gəldikdə implantatlar ətrafı toxumaların vəziyyəti rentgenoloji müayinə ilə də izlənmişdir.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində 40 nəfər periimplantitli xəstələr mikrobioloji müayinələrə cəlb edilmişlər. Həmin xəstələrdə implantatlar tətbiq edilməmişdən qabaq, tətbiq edildikdən sonrakı 14 –cü və 30 –cu gündə *S. sanguis*, *S. salivarius*, *Porphyromonas gingivalis*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Corynebacterium* spp., *Neisseria* spp., *Veillonella* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella intermedia* və *Candida albicans* mikroorqanizmlərinin ağız suyu nümunələrində koloniyalaşma qabiliyyətlərinin öyrənilməsi məqsədilə ağız suyu nümunələri götürülərək, ATU –nün mikrobiologiya laboratoriyasına göndərilmişdir. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində implantatlar və onların üzərinə ortopedik konstruksiyalar tətbiq etdiyimiz 150 nəfər pasiyentdən 40 nəfərində, yəni $26,7 \pm 3,61\%$ -ində konstruksiyada qıda qalıqlarının qalması, 38 nəfərində, yəni $25,3 \pm 3,55\%$ -ində konstruksiyalar üzərində diş çököntülərinin toplanması qeydə alınmışdır (cədvəl 1). Ortopedik konstruksiyaların qırılması

yaxud çatlaması və s. kimi problemlərinə isə 150 xəstədən 23 nəfərində yeni ümumi xəstələrdən $15,3 \pm 2,94\%$ -ində qeydə alınmışdır. İmplantatların ortopedik konstruksiyaların altında ilkin laxlaması isə cəmi 21 xəstədə müşahidə olunmuşdur və bu bütün xəstələrin $14,0 \pm 2,83\%$ -ni əhatə etmişdir.

Cədvəl № 1.

İmplantatüstü ortopedik konstruksiyalar tətbiq edilmiş şəxslərdə müxtəlif ağırlaşma və çatışmazlıqların rast gəlinməsi.

Ağırlaşma və çatışmazlıqlar	Xəstələrin kəmiyyət göstəriciləri (n=150)	
	sayla	%-lə
Qida qalıqları	40	$26,7 \pm 3,61$
Ortopedik konstruksiya səthində çöküntülər	38	$25,3 \pm 3,55$
Ortopedik konstruksiyanın sınıması, çatlaması və s.	23	$15,3 \pm 2,94$
İmplantatların laxlaması	21	$14,0 \pm 2,83$
Mukozit	20	$13,3 \pm 2,78$
Ortopedik konstruksiyaların zamanla fiksasiyalarının pozulması	18	$12,0 \pm 2,65$
İmplantatın itirilməsi	1	$0,7 \pm 0,66$
Qeyri –qənaətbəxş okklüziya nöqtələrinin olması	7	$4,7 \pm 1,72$

İmplantatüstü ortopedik konstruksiyalar tətbiq etdiyimiz 150 nəfərlik xəstə kontingentindən 20 nəfərində selikli qişanın iltihabı –mukozit, 18 nəfərində ortopedik konstruksiyanın fiksasiya problemləri, 7 nəfərində implantatların üzərinə tətbiq edilmiş ortopedik konstruksiyaların okklüziya nöqtələrinin qeyri –qənaətbəxş olması halları qeydə alınmışdır ki, bu da qrup üzrə müvafiq olaraq, $13,3 \pm 2,78\%$, $12,0 \pm 2,65\%$, $4,7 \pm 1,72\%$ və $0,7 \pm 0,66\%$ -ni əhatə etmişdir.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə dental implantasiya tətbiq edilmiş və sonradan periimplantit inkişaf etmiş 40 xəstədən götürülmüş ağız suyu nümunələrində *S.sanguis* mikroorqanizminin koloniyalaşma qabiliyyəti implantatların tətbiqindən qabaq $5,95 \pm 0,053$ KƏV, implantatların tətbiqinin 14 –cü günündə $7,13 \pm 0,041$ KƏV və 30 –cu günündə isə $6,59 \pm 0,029$ KƏV qərarlaşmışdır (cədvəl 2). *S.salivarius* mikroorqanizminin ağız suyu nümunələrində koloniyalaşması implantasiyadan əvvəl $4,56 \pm 0,047$ KƏV, implantasiyadan 14 gün sonra $6,77 \pm 0,038$ KƏV və əməliyyatdan 30 gün sonra isə $6,14 \pm 0,049$ KƏV müəyyənləşdirilmişdir. *Porphyromonas gingivalis* nümayəndələrinin koloniyalaşması isə dental implantasiya tətbiq olunmamışdan qabaq periimplantitli xəstələrin ağız boşluqlarından götürülmüş bioloji materiallarda demək olar ki, 0 yaxın olduğu halda cərrahi prosedurdan 14 gün sonra $3,42 \pm 0,159$ KƏV-ə, 30 gün sonra isə $4,94 \pm 0,141$ KƏV -ə yüksəlmişdir.

Peptostreptococcus anaerobius mikroorqanizminin periimplantitli xəstələrin ağız suyu nümunələrinin koloniyalaşma qabiliyyəti implantasiyadan qabaq ortalama $5,11 \pm 0,039$ KƏV olduğu halda, implantatların çənələrə yerləşdirilməsinin 14 –cü günündə bu göstərici yüksələrək, $6,64 \pm 0,030$ KƏV, implantasiyanın 30 –cü günündə isə $5,92 \pm 0,050$ KƏV –də stabilləşmişdir. *Corynebacterium* və *Neisseria* növlərində də oxşar mənzərə müşahidə olunmuşdur. Belə ki, implantasiya əməliyyatından qabaq qeyd etdiyimiz mikroorqanizmlərin koloniyalaşma qabiliyyətləri uyğun olaraq, $5,68 \pm 0,091$ KƏV və $3,84 \pm 0,090$ KƏV olmasına baxmayaraq, cərrahi əməliyyatdan sonra 14 –cü gündə bu göstəricilər artaraq, $7,72 \pm 0,116$ KƏV və $5,13 \pm 0,146$ KƏV, 30 gün sonra isə müvafiq olaraq, $5,52 \pm 0,143$ KƏV və $3,77 \pm 0,089$ KƏV –də qərarlaşmışdır.

Periimplantitli 40 nəfər xəstədən əldə etdiyimiz ağız suyu nümunələrində *Veillonella* ştammlarının koloniya əmələ gətirmək qabiliyyətləri implantatların çənəyə cərrahi yollar fiksə olunmasından qabaq $3,89 \pm 0,046$ KƏV müəyyənləşdirilsə

də, onların fiksə olunmasından 14 gün sonra bu göstərici $5,69 \pm 0,081$ KƏV -ə yüksəlsə də, 30 -cu gün əhəmiyyətli dərəcədə aşağı enərək, $1,90 \pm 0,053$ KƏV müəyyən edilmişdir. Bu hal qeyd olunan mikroorqanizm növlərinin periimplantit fonunda iltihabi proses əsnasında digər patogen bakteriya növləri tərəfindən sıxışdırılması ilə izah olunur. Fusobacterium növləri və ştammlarının periimplantitli xəstələrdə koloniyalaşma qabiliyyətləri isə dental implantasiyadan

Cədvəl № 2.

Periimplantitli xəstələrdə ağız boşluğu mikroflorası nümayəndələrinin koloniyalaşma qabiliyyətlərinin dinamikası (n=40).

Bakteriya növləri	İmplantatlar tətbiq edilməzdən qabaq	İmplantatlar tətbiq edildikdən sonrakı 14 -cü gün	İmplantatlar tətbiq edildikdən sonrakı 30 -cu gün
S.sanguis	$5,95 \pm 0,053$	$7,13 \pm 0,041^*$	$6,59 \pm 0,029^*$
S.salivarius	$4,56 \pm 0,047$	$6,77 \pm 0,038^*$	$6,14 \pm 0,049^*$
Porphyomonas gingivalis	0	$3,42 \pm 0,159$	$4,94 \pm 0,141$
Peptostreptococcus anaerobius	$5,11 \pm 0,039$	$6,64 \pm 0,030^*$	$5,92 \pm 0,050^*$
Corynebacterium spp.	$5,68 \pm 0,091$	$7,72 \pm 0,116^*$	$5,52 \pm 0,143$
Neisseria spp.	$3,84 \pm 0,090$	$5,13 \pm 0,146^*$	$3,77 \pm 0,089$
Veillonella spp.	$3,89 \pm 0,046$	$5,69 \pm 0,081^*$	$1,90 \pm 0,053^*$
Fusobacterium	$4,14 \pm 0,076$	$7,08 \pm 0,097^*$	$2,39 \pm 0,122^*$
Prevotella intermedia	$0,78 \pm 0,213$	$3,22 \pm 0,112^*$	$0,89 \pm 0,109$
Candida albicans	$3,24 \pm 0,080$	$6,43 \pm 0,063^*$	$3,58 \pm 0,094^*$

Qeyd: * - İmplantatlar tətbiq olunmamışdan əvvəlki dövrdəki göstəricilərə nisbətən ehtimallıq, $p < 0,05$.

əvvəl $4,14 \pm 0,076$ KƏV olduğu halda, implantatların tətbiqindən 14 gün sonra bu göstərici kifayət qədər yüksək, $7,08 \pm 0,097$ KƏV, 30 gün sonra isə əhəmiyyətli dərəcədə azalaraq, $2,39 \pm 0,122$ KƏV müəyyən edilmişdir ki, bu hal da, Veillonella ştammlarında qeyd etdiyimiz səbəblə əlaqədardır. Prevotella intermedia növünün periimplantitli xəstələrdən əldə olunmuş ağız suyu nümunələrində koloniyalaşma qabiliyyəti implantasiyadan öncə $0,78 \pm 0,213$ KƏV hesablanmasına baxmayaraq, əməliyyatdan sonra 14 -cu gündə dəfələrlə yüksək, $3,22 \pm 0,112$ KƏV, 30 -cu gündə isə daha stabil, $0,89 \pm 0,109$ KƏV hesablanmışdır. Candida cinsli mikroqöbək nümayəndələrinin 40 nəfərdən ibarət periimplantitli xəstələr qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində koloniya əmələ gətirmək qabiliyyətləri isə dental implantasiya əməliyyatından qabaq $3,24 \pm 0,080$ KƏV, əməliyyatdan sonrakı 14 -cü gündə 2 dəfəyə qədər yüksək, $6,43 \pm 0,063$ KƏV, 30 -cu gündə isə əməliyyatdan öncəki göstəriciyə yaxın, $3,58 \pm 0,094$ KƏV müəyyən edilmişdir. Tədqiqatın bu mərhələsi üçün qruplararası ehtimallıq dərəcəsi əməliyyatdan öncəki vəziyyətə görə $p < 0,05$ olmuşdur. İmplantatlar tətbiq olunduqdan sonra ən çox rast gəlinən ağız boşluğu mikroorqanizmləri periimplantitlidir. Periimplantitlərin meydana gəlməsində mikrobioloji amillər mühüm rol oynayırlar. Tədqiqat zamanı periimplantitli xəstələrin ağız suyu nümunələrində bəzi mikroorqanizmlərin koloniyalaşma vahidlərinin dəyişikliyə uğradığı aşkar edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Davies J, Davies D. Origins and evolution of antibiotic resistance. //Microbiol Mol Rev 2010; 74: 417–33.
2. Vickerman MM, Flanagan SE, Jesionowski AM, et al., A genetic determinant in Streptococcus gordonii Challis encodes a peptide with activity similar to that of enterococcal sex pheromone cAM373, which facilitates intergeneric DNA transfer. //J Bacteriol 2010; 192: 2535–45.
3. Liu L, Chen X, Skogerbo G, Zhang P, et al. The human microbiome: a hot spot of microbial horizontal gene transfer. //Genomics 2012; 100: 265–70. doi: 10.1016/j.ygeno.2012.07.012.

4. Seville LA, Patterson AJ, Scott KP, et al. Distribution of tetracycline and erythromycin resistance genes among human oral and fecal metagenomic DNA. // *Microb Drug Resist* 2009; 15: 159–66.
5. Roberts AP, Mullany P. Oral biofilms: a reservoir of transferable, bacterial, antimicrobial resistance. // *Expert Rev Anti Infect Ther* 2010; 8: 1441–50. doi: 10.1586/eri.10.106.
6. Tribble GD, Lamont GJ, Progulsk-Fox A, Lamont RJ. Conjugal transfer of chromosomal DNA contributes to genetic variation in the oral pathogen *Porphyromonas gingivalis*. // *J Bacteriol* 2007; 189: 6382–8.
7. Lo AW, Seers CA, Boyce JD, et al. Comparative transcriptomic analysis of *Porphyromonas gingivalis* biofilm and planktonic cells. // *BMC Microbiol* 2009; 9: 18.
8. Claypool BM, Yoder SC, Citron DM, Finegold SM, Goldstein EJC, Haake SK. Mobilization and prevalence of a fusobacterial plasmid. *Plasmid* 2010; 63: 11. doi: 10.1016/j.plasmid.2009.09.001.
9. Huang Y, Kittichotirat W, Mayer MPA, Hall R, Bumgamer R, Chen C. Comparative genomic hybridization and transcriptome analysis with a pan-genome microarray reveal distinctions between JP2 and non-JP2 genotypes of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. // *Mol Oral Microbiol* 2013; 28: 1–17.
10. Cvitkovitch DG. Genetic competence and transformation in oral streptococci. // *Crit Rev Oral Biol Med* 2011; 12: 217–43.
11. Roberts AP, Cheah G, Ready D, et al. Transfer of Tn916-like elements in microcosm dental plaques. *Antimicrob Agents Chemother* 2001; 45: 2943–6.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРИИМПЛАНТИТОВ

Алиев М.Г., Ердоган И.

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Микробиологии и Иммунологии.

После применения имплантатов максимальное количество осложнений это периимплантиты. Микробиологические факторы играют важную роль в формировании периимплантитов. В ходе исследования выяснилось, что у пациентов с периимплантитами формируются колонии некоторых видов микроорганизмов, изменяющих слюну полости рта. Микробиологические исследования в этой области позволяют обнаруживать специфические бактерии и их продукты, которые могут служить в качестве маркеров возникновения или степени тяжести периимплантитов.

SUMMARY

FEATURES OF ORAL MICRO FLORA DURING DEVELOPMENT OF PERIIMPLANTITIS

Aliev M.G., Erdogan I.

Azerbaijan Medical University, Department of Microbiology and Immunology

After applying of implants the maximum number of complications are periimplantitis. Microbiological factors have an important role in the formation of periimplantitis. During study revealed that colony unit of some microorganism species altering in oral saliva, in patients with periimplantitis. Microbiological studies in this field allows to detect specific bacteria and their products that can serve as markers for the degree of occurrence or severity of peri-implantitis.

Daxil olub: 20.11.2016.

XRONİKİ GENERALİZƏOLUNMUŞ PARODONTİTLİ ŞƏXSLƏRDƏ KOMBİNƏ EDİLMİŞ MÜALİCƏSİNİN ANTİMİKROB EFFEKTİVLİYİ

Puri-zahidan S.V.

***Azərbaycan Tibb Universiteti
Terapevtik stomatologiya kafedrası***

Parodont xəstəlikləri müasir stomatologiyanın ciddi problemi olaraq, bütün dünya əhalisini təsir edərək zədələyir, həyat keyfiyyətini azaldır və dişlərin erkən itirilməsinə səbəb olur [1-3,13]. Epidemioloji tədqiqatların son nəticələrinə əsaslanmış ədəbiyyatın məlumatlarına görə, parodont xəstəlikləri böyük əhalinin 90-95%-də qeyd olunur və bu zaman müşahidələrin yalnız 2-10%-də intakt parodont rast gəlinirdi[3,7].

Məlumdur ki, xroniki generalizəolunmuş parodontitin (XGP) əsas etioloji amili diş ərpinin mikroorqanizmləridir. Bu günki günə diş yastıçığının tərkibində mikroorqanizmlərin 19000 filotipi aşkar edilmişdir. Dərinliyi 4-6mm olan parodontal ciblərdə müxtəlif mikroflora müşahidə edilir [5,9,10]. Mikrob tərkibinin kəmiyyət və keyfiyyət tərkibi və onun dəyişiklikləri ədəbiyyatda aktiv müzakirə olunur.

Mikrob yastıçığının matrisası bakterial hüceyrələri dərman preparatlarından effektiv qoruyan ekoloji sığınacaq formalaşdırır. Belə ki, bioplyonkada antibakterial preparatın effektivliyini əldə etmək üçün, preparatın konsentrasiyasının 1500 dəfə artırılması tələb oluna bilər [4,6,11]. Ona görə, generalizə olunmuş parodontitli xəstələrin müalicəsinin əsas məsələsi dişlərin sərt toxumalarının səthindən və parodontal ciblərdən bakteriyaların kənar edilməsidir. Parodontda iltihabi əlamətlərin dayandırılması üçün antimikrob və antiseptik xassələrə malik olan dərman preparatlarının böyük spektri mövcuddur [11]. Yerli etiotrop və patogenetik terapiyanın effektivliyinin artırılmasının perspektiv istiqaməti parodontal cibin mikroflorasına və nəticədə iltihabi prosesin dinamikasına aktiv təsirli vasitələrin istifadəsidir.

Hazırdakı tədqiqatın məqsədi yüngül və orta dərəcəli xroniki generalizə olunmuş parodontitli pasiyentlərin müalicəsi üçün antibakterial preparatların kombinə edilmiş istifadəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsidir.

Material və metodlar. Tədqiqata yüngül (16 xəstə) və orta (17 xəstə) ağırlıq dərəcəli xroniki generalizəolunmuş parodontit diaqnozu olan 33 nəfər xəstə daxil edilmişdir.

Xəstələrin şikayətləri, klinikaya müraciətlərinin səbəbləri, keçirilmiş xəstəliklər haqqındakı məlumatlar öyrənilib. Alınan müalicədən asılı olaraq, bütün pasiyentlər kliniki-funksional xarakteristikalara görə uyğunlaşan 2 qrupa bölünmüşdür. Hər iki qrupda parodontitin müalicəsində qəbul edilmiş ənənəvi tədbirlər aparılırdı: dişətiüstü və dişətialtı çöküntülərin kənar edilməsi, dişəti ciblərinin antiseptiklərdə işlənilməsi, küretaj. Müalicə dövründə I qrupda (16 xəstə) parodontal turundalarda antibakterial preparat – metronidazol daxil edilirdi, II qrupda (17 xəstə) parodontal cibə antibakterial vasitələrin birləşməsindən ibarət olan vasitə daxil edilirdi: baktrim + metronidazol. Nəzarət qrupunu 11 nəfər praktik sağlam şəxs təşkil edirdi.

Aparılmış müalicəvi tədbirlərin ciblərin patogen mikroflorasına təsirinin öyrənilməsi üçün diş tacının ətrafındakı dişətinin mikrobioloji tədqiqatları aparılırdı. Tədqiqatlar müalicədən əvvəl və sonra aparılırdı. Mikroskopik materialın götürülməsindən əvvəl xəstələr ağızlarını qaynadılmış su ilə qarqara edirdilər. Sonra dişəti pambıq tamponlarla dil və vestibulyar tərəflərdən tüpürçəkdən

izolyasiya edilirdi. Pambıqla kip bağlanan steril sınaq şüşəsinə yerləşdirilmiş steril pambıq tamponla material götürülürdü. Götürülmüş material mikrobioloji laboratoriyaya çatdırılırdı və orada götürülmüş materiallardan yaxmalar hazırlanırdı. Qram üsulu ilə rənglənirdi və mikroskopun altında öyrənilirdi. Sonradan bu materiallar ət-pepton aqarına, qan aqarına, 10% ət-şəkər bulyonuna əkilirdi. Əkilmiş nümunələr 37°C temperaturda 24 saat ərzində inkubasiya edilirdi. Bakterial mikrofloranın identifikasiyası ümumi qəbul edilmiş metodikaya görə aparılırdı [8]

Dişəti ciblərinin antiseptik işlənilməsi üçün geniş istifadə edilən – xlorheksidin istifadə olunurdu. Parodontdakı dəyişikliklər müalicədən əvvəl və sonra qiymətləndirilirdi. Müalicənin müddəti ümumilikdə 12 gün olmuşdur. Alınmış məlumatların statistik işlənilməsi personal kompüterdə Med Calc 12,7 tətbiqi proqram paketinin istifadəsi ilə aparılırdı.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiqatların nəticələri göstərdi ki, XGP-li və həmçinin nəzarət qrupunda parodontal ciblərin içindəkilərin ilkin müayinəsində aşağıdakı agentlər aşkar edilib: Staphylococcus spp. – 97,0% hallarda (nəzarət-63,6%), Streptococcus spp. – 84,8% (nəzarət – 36,4%), Enterococcus spp. – 69,7% (nəzarət – 45,4%), Fusobacterium spp. 51,5%, Candida spp. – 36,4%, Neisseria spp. – 51,5%, Actinomycetem comitans – 33,3% və Lactobacillus spp. – 45,4% (nəzarət – 81,8%). Parodontit progressiya etdikcə, Candida spp. və Lactobacillus spp. istisna olunaraq, praktiki bütün müayinə olunmuş parodontopatogenlərin rast gəlinmə tezliyinin və miqdarının artması qeyd olunurdu (şəkil 1).

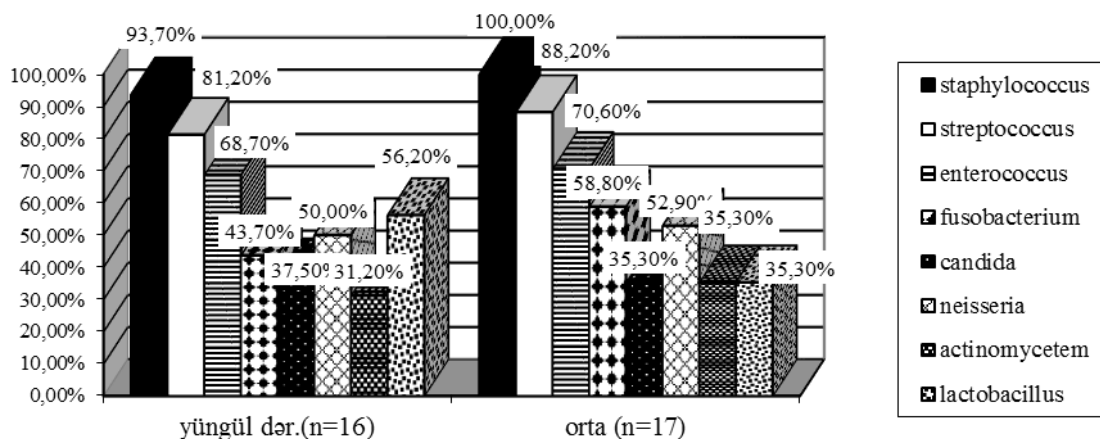
Əgər yüngül və orta dərəcəli pasiyentlərdə Candida spp. tezliyi etibarlı fərqlənmirdisə orta dərəcəli XGP-li müayinə olunanlarda isə Lactobacillus spp. tezliyi 1,6 dəfə azalırdı.

I qrupun pasiyentlərində mikroorqanizmlərin rast gəlmə tezliyinə metronidazolla yerli terapiyanın təsirinin analizi aparılan terapiyanın effektivliyini göstərdi (cədvəl 1). Alınmış nəticələrə əsasən, yüngül dərəcəli XGP-li pasiyentlərdə müalicədən sonra Staphylococcus spp., Streptococcus spp. və Enterococcus spp. uyğun olaraq 1,7-2,0 dəfə azalması qeyd edilirdi. Fusobacterium spp., Candida spp., Neisseria spp. və Actinomycetem comitans müalicədən sonra aşkar edilmədi. Metronidazolla müalicədən sonra I qrupda XGP-in yüngül dərəcəsi olan xəstələrdə Lactobacillus spp. miqdarının 1,2 dəfə artması qeyd olunurdu. XGP orta dərəcəsi olan pasiyentlərində metronidazolla terapiyadan sonra Staphylococcus spp. və Enterococcus spp. tezliyi 2,0 dəfə, Streptococcus spp. – 2,3 dəfə, Fusobacterium spp. – 4,0 dəfə, Candida spp. 3,0 dəfə azalmışdır. Yüngül dərəcəli xəstələrdəki kimi, orta dərəcəli xəstələrdə Neisseria spp. və Actinomycetem comitans aşkar edilməyib, lakin Lactobacillus spp. 1,7 dəfə artmışdır.

Deməli, XGP-in yüngül dərəcəsinə metronidazol Fusobacterium spp., Candida spp., Neisseria spp., Actinomycetem comitans, orta dərəcədə isə Neisseria spp. və Actinomycetem comitans-a daha nəzərə çarpan təsir göstərirdi.

Yüngül və orta dərəcəli XGP-li xəstələrin kompleks konservativ müalicəsinə baktrim+metronidazol kombinasiyasının daxil edilməsi parodont toxumalarına ümumi bakterial təzyiqli və dişətialtı mikrofloranın tərkibindəki bütün müayinə olunan parodontopatogenlərin kəmiyyət miqdarını və aşkar edilməsinin tezliyinin mühüm azaldılmasına imkan verdi (cədvəl 2). Yüngül dərəcəli XGP-li pasiyentlərdə müalicədən sonra Staphylococcus spp. azalması – 4,0 dəfə, Streptococcus spp. – 7,0 dəfə, Enterococcus spp. – 5,0 dəfə təşkil etmişdir. Həmin qrupun xəstələrində I qrupda olduğu kimi, müalicədən sonra Fusobacterium spp., Neisseria spp. və Actinomycetem comitans aşkar edilməyib. XGP-in yüngül dərəcəsi olan xəstələrdə Lactobacillus spp. rast gəlinməsi halları baktrim + metronidazolla kombinə edilmiş terapiyanın təyin edilməsindən sonra 1,5 dəfə artmışdır. Kombinə edilmiş terapiya

kursunu almış, XGP-in orta dərəcəsi olan xəstələrdə Staphylococcus spp. rast gəlinməsi - 4,5 dəfə, Streptococcus spp. - 8,0 dəfə, Enterococcus spp. – 6,0 dəfə mühüm azalmışdır. Baktrim + metronidazol preparatlarının birləşməsi Fusobacterium spp., Candida spp., Neisseria spp., Actinomycetem comitans qarşı effektiv dərman vasitəsi oldu, çünki onun istifadəsindən sonra bu mikroblar aşkar edilmədi. XGP-in orta dərəcəsi olan pasiyentlərdə baktrim + metronidazolun istifadəsindən sonra Lactobacillus spp., 2,0 dəfə artması müşahidə olunurdu.



Şəkil 1. Müxtəlif XGP-in ağırlıq dərəcəsi ilə xəstələrdə mikroorqanizmlərin rast gəlməsinin tezliyi

Beləliklə, yüngül və orta dərəcəli XGP-li xəstələrdə metronidazol ilə baktrim preparatının əlavə edilməsindən sonra, mikroorqanizmlərin rast gəlmə tezliyinin dinamikası Fusobacterium spp., Candida spp., Neisseria spp., Actinomycetem comitans mövcud olmamasını göstərdi və bu nəzarət qrupunun ilkin göstəricilərindən fərqlənmirdi.

Cədvəl № 1.

I qrupun xəstələrində mikroorqanizmlərin rast gəlməsinin tezliyinə müalicənin təsiri (%)

Mikroorqanizmlər	Sağlam şəxslər (n=11)		Xroniki qeneralizə olunmuş parodontit (n=16)							
			müalicədən əvvəl				müalicədən sonra			
			yüngül dər. (n=8)		orta dər. (n=8)		yüngül dər. (n=8)		orta dər. (n=8)	
			say	%	say	%	say	%	say	%
Staphylococcus spp.	7	63,6±14,5	7	87,5±11,7	8	100	4	50,0±17,7	4	50,0±17,7
Streptococcus spp.	4	36,4±14,5	6	75,0±15,3	7	87,5±11,7	3	37,5±17,1	3	37,5±17,1
Enterococcus spp.	5	45,4±15,0	6	75,0±15,3	6	75,0±15,3	3	37,5±17,1	3	37,5±17,1
Fusobacterium spp.	-	-	3	37,5±17,1	4	50,0±17,7	-	-	1	12,5±11,7
Candida spp.	-	-	3	37,5±17,1	3	37,5±17,1	-	-	1	12,5±11,7
Neisseria spp.	-	-	4	50,0±17,7	4	50,0±17,7	-	-	-	-
Actinomycetem comitans	-	-	2	25,0±15,3	3	37,5±17,1	-	-	-	-
Lactobacillus spp.	9	81,8±11,6	5	62,5±17,1	3	37,5±17,1	6	75,0±15,3	5	62,5±17,1

Aparılan müalicənin effektivliyinin müqayisəvi analizi kombinə edilmiş terapiyanın daha antimikrob aktivliyini aşkar etdi. XGP-in yüngül dərəcəsi olan pasiyentlərdə hər iki qrupda müalicədən sonra mikroorqanizmlərin spektrləri fərqlənmirdi. Həmçinin Lactobacillus spp. aşkar edilməsinin tezliyində də fərqlər aşkar edilməmişdir. Lakin, I qrupda XGP-in yüngül dərəcəsi olan pasiyentlərdə I

qrupda müayinə olunanlarla müqayisədə, Staphylococcus spp. tezliyi 50,0%, Streptococcus spp. və Enterococcus spp. – 66,7% uyğun olaraq azalmışdır (şək.2)

Cədvəl № 2.

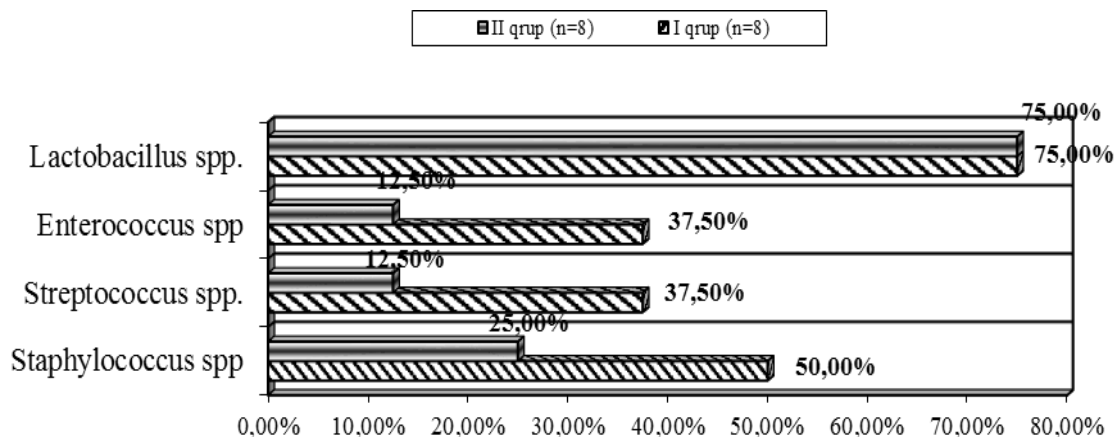
II qrupun xəstələrində mikroorqanizmlərin rast gəlinməsinin tezliyinə müalicənin təsiri (%)

Mikroorqanizmlər	Sağlam şəxslər (n=11)		Xroniki generalizəolunmuş parodontit (n=17)							
			müalicədən əvvəl				müalicədən sonra			
	say	%	yüngül dər. (n=8)		orta dər. (n=9)		yüngül dər. (n=8)		orta dər. (n=9)	
			say	%	say	%	say	%	say	%
Staphylococcus spp.	7	63,6±14,5	8	100	9	100	2	25,0±15,3	2	22,2±13,9
Streptococcus spp.	4	36,4±14,5	7	87,5±11,7	8	88,9±10,5	1	12,5±11,7	1	11,1±10,5
Enterococcus spp.	5	45,4±15,0	5	62,5±17,1	6	66,7±15,7	1	12,5±11,7	1	11,1±10,5
Fusobacterium spp.	-	-	4	50,0±17,7	6	66,7±15,7	-	-	-	-
Candida spp.	-	-	3	37,5±17,1	3	33,3±15,7	-	-	-	-
Neisseria spp.	-	-	4	50,0±17,7	5	55,5±16,6	-	-	-	-
Actinomycetem comitans	-	-	3	37,5±17,1	3	33,3±15,7	-	-	-	-
Lactobacillus spp.	9	81,8±11,6	4	50,0±17,7	3	33,3±15,7	6	75,0±15,3	6	66,7±15,7

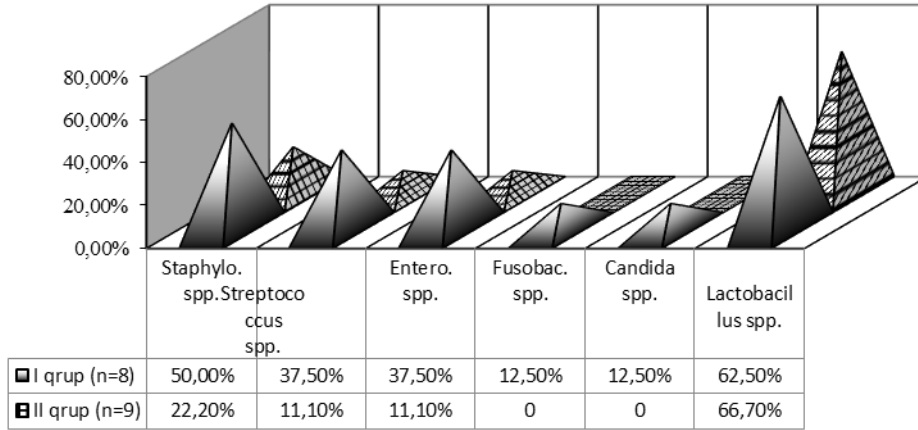
Hər iki qrupun orta dərəcəli XGP-li pasiyentlərində mikroorqanizmlərin tərkibi və rast gəlmə tezliyinin müqayisəsi mühim fərqləri aşkar etdi (şək.3)

Şək. 3-dən göründüyü kimi, metronidazolla (I qrup) terapiya alan pasiyentlərlə müqayisə etdikdə, orta dərəcəli XGP-li xəstələrdə baktrim + metronidazolla (II qrup) kombinə edilmiş terapiya alan xəstələrdə müalicə kursundan sonra Fusobacterium spp., və Candida cinsli göbələklər rast gəlinmirdi.

Bundan əlavə, I qrupla müqayisədə II qrupda Staphylococcus spp. 55,6%, Streptococcus spp. və Enterococcus spp. halları – 70,4% uyğun olaraq azalmışdır. Kombinə edilmiş müalicədən sonra Lactobacillus spp. tezliyinin yaxşı dinamikası qeyd edilirdi və bu I qrupun tezliyi ilə müqayisədə, II qrupun pasiyentlərində laktobakteriyaların əkilməsinin 6,7% artması ilə ifadə olunurdu.



Şək.2 I və II qruplarda XGP-in yüngül dərəcəsi olan pasiyentlərdə müalicədən sonra mikroorqanizmlərin rast gəlmə tezliyi.



Şəkil 3 I və II qruplarda XGP-in orta dərəcəsi olan pasiyentlərində müalicədən sonra mikroorqanizmlərin rast gəlinməsinin tezliyi

Beləliklə, XGP-in yüngül və orta dərəcəsi olan pasiyentlərdə metronidazol və baktrim + metronidazol kombinasiyası ilə terapiya fonunda mikroorqanizmlərin rast gəlmə tezliyi və spektrinin qiymətləndirilməsi baktrim + metronidazol birləşməsinin ən yüksək effektivliyini göstərdi. Görünür bu onunla əlaqədardır ki, XGP-in yüngül və orta dərəcələrində dişətialtı mikrofolarının tərkibində mühüm davamlılıqına malik olan, müxtəlif şərti- patogen bakteriyalar və onların assosiasiyaları aşkar edilir, ona görə də iki preparatın müştərək istifadəsi müalicənin effektivliyini artırır. Kombinə edilmiş terapiyanın üstünlüyü antimikrob aktivliyinin genişləndirilmiş spektri, sinergik təsiri və bakterial rezistentliyinin inkişafının profilaktikasından ibarətdir. Tədqiqatın nəticələri XGP-in yüngül və orta dərəcələrinin müalicəsində terapiyaya differensiasiyalaşmış yanaşmanın əsaslandırılmasına imkan verdi. Alınmış məlumatlar xəbər verir ki, XGP-in yüngül və orta dərəcəsi olan xəstələrdə kombinə edilmiş terapiyanın aparılması nəinki parodont toxumalarına ümumi bakterial təzyiqi mühüm azaltmağa, hətta diş əti mikroflorasının tərkibində bütün müayinə olunmuş parodontopatogenlərin aşkar olunmasının tezliyini və kəmiyyət miqdarını mühüm azaltmağa imkan verir. Aparılmış tədqiqatın nəticələri parodont xəstəliklərin kompleks müalicəsinin müasir konsepsiyası ilə üst-üstə düşür. Bu konsepsiyaya görə, parodontun iltihabi xəstəliklərinin patogenetik mahiyyətini və patoloji prosesin gedişatının variantlarını nəzərə alaraq, praktiki olaraq hər xəstədə, müalicə kompleks xarakter daşmalıdır [6,12]. Bu kompleksə dərman vasitələrinin istifadəsi ilə yerli və ümumi terapevtik maneərlər, xüsusilə antibakterial terapiya daxildir. Baktrimin daxil edilməsi metronidazolun effektivliyini gücləndirdi. Qeyd edək ki, baktrim (biseptol) bakterial hüceyrənin DNT sintezinin ikinci mərhələdə tormozlayan iki komponentdən ibarətdir: üçmetaprim və sulfametoksazoldan, və bu ikili mexanizm nəticəsində preparat yüksək aktivliyə və geniş spektrli təsirə malik olur- qram- müsbət və qram - mənfi bakteriyalara təsir edir.

XGP-in kompleks müalicəsində baktrim + metronidazol birləşməsinin istifadəsi 12 gün ərzində parodontopatogenlərin rast gəlmə tezliyinin nəzərə çarpan azalmasına səbəb oldu. Alınmış nəticələrin əsasında baktrim + metronidazol kombinə edilmiş terapiya yüngül və orta dərəcəli XGP-in kompleks müalicəsi planına daxil edilməsi üçün tövsiyə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Амиралиев Р.С. Клинические особенности и социально-эпидемиологические закономерности распространения заболеваний пародонта и комплексная эффективная тактика по их лечению среди детей: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Баку, 2004, 22 с.
- 2.Мамедли Дж. А., Пашаев А.Ч., Мамедова С.А. Клинико-лабораторное обоснование эффективности лечения агрессивных форм пародонтита // Стоматология детского возраста и профилактика, 2009, том 7, №2(29), с. 17-20.
- 3.Пашаев А.Ч. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний населения Азербайджана и разработка эффективных лечебно-профилактических мероприятий: Автореф. дис. ... докт. мед.наук. Баку, 2011, 50 с.
- 4.Безденежных Д.С., Русанова Е.В., Никитин А.А. Сравнительная характеристика *invitro* антибактериальных свойств антисептических препаратов, применяемых в пародонтологии // Стоматология, 2012, Т.91, №3, с. 20-21.
- 5.Воронина А.И., Гажва С.И., Меньшикова Ю.В. Состояние микрофлоры пародонтальных карманов пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени при лечении различными антибактериальными препаратами / II Российская научно-практическая конференция «Здоровье человека в XXI веке». Казань, 3 апреля 2010, Том 1, с.71-72.
- 6.Гажва С.И., Воронина А.И. Оптимизация консервативного лечения хронических генерализованных пародонтитов легкой и средней степени тяжести с использованием различных антибактериальных препаратов // Обозрение. Стоматология, 2010, №2 (70), с.14.
- 7.Грудянов А.И. Заболевания пародонта. Москва: Медицинское информационное агентство, 2009, 336 с.
- 8.Кох А. Измерение роста. Методы общей бактериологии. Пер. с англ. Москва: Медицина, 1984, 126 с.
- 9.Фукс Е.И., Карева Ю.А., Гализина О.А., Таболина Е.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза заболеваний пародонта // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2013, №3, с.153-160.
- 10.Gamboa F., García D.A., Acosta A. et al. Presence and antimicrobial profile of gram-negative facultative anaerobe rods in patients with chronic periodontitis and gingivitis // Acta Odontol Latinoam, 2013, vol.26, No1, p.24-30.
- 11.Liu Jingbo Zhao, Jian Li, Chen Yu, Ning Zhang, Dongmei Pan, Yaping. Clinical and microbiologic effect of nonsurgical periodontal therapy on patients with chronic or aggressive periodontitis // Quintessence International, 2013, vol. 44, Issue 8, p.575-583.

РЕЗЮМЕ

**АНТИМИКРОБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЛИЦ
С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ**

**Пури-захидан С.В.
Азербайджанский Медицинский Университет
кафедра терапевтической стоматологии**

Целью исследования была оценка эффективности комбинированного применения антибактериальных препаратов для лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степеней. Лица с диагнозом хронический генерализованный пародонтит легкой и средней степени тяжести разделены на 2 группы: в I группе в пародонтальный карман вносили на турундах антибактериальный препарат - метронидазол, во II группе - бактрим + метронидазол. Применение сочетания бактрим + метронидазол в комплексном лечении ХГП приводило к сравнительно выраженному снижению частоты встречаемости пародонтопатогенов.

Ключевые слова: пародонтит, лечение, бактрим, метронидазол, микроорганизмы.

SUMMARY

**ANTIMICROBIAL EFFICACY OF THE COMBINED TREATMENT OF PERSONS
WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS**

**Puri-zakhedan S. V.
Azerbaijan Medical University
Department of Therapeutic dentistry**

The aim of the study was to assess the effectiveness of the combined use of antibacterial drugs for the treatment of patients with chronic generalized periodontitis mild and moderate degree. Persons with a diagnosis of chronic generalized periodontitis mild and moderate severity were divided into 2 groups: in group I in the periodontal pocket put on antibacterial drug - metronidazole, in group II - bactrim + metronidazole. The application of a combination bactrim + metronidazole in treatment have led to the present study included a relatively pronounced decrease in the frequency of occurrence of periodontopathogenic microorganisms.

Key words: periodontitis, treatment, bactrim, metronidazole, microorganisms.

Daxil olub: 3.02.2017.

DİSTAL DİŞLƏMLİ XƏSTƏLƏRDƏ HERBST VƏ MONOBLOK APARATLARININ ƏNG VƏ ÇƏNƏ SÜMÜKLƏRİNƏ TƏSİRİNİN SEFALOMETRİK MÜQAYİSƏSİ

Əliyeva R.Q.,¹ Novruzov Z.H.,¹ Behruzoglu M.B.,²

Azərbaycan Tibb Universitetinin, Uşaq stomatologiyası kafedrası¹ Ortodont, Türkiyə².

Açar sözlər: distal dişləm, aktivator

Key Words: distal occlusion, activator

Distal dişləm anomaliyası əhali arasında çox geniş yayılmışdır. Bu anomaliya zamanı adətən xəstələri yuxarı dişlərin çox görünməsi, çənəucu hissənin isə batıq olması narahat edir (1).

Böyümə və inkişaf davam edən dövrdə distal dişləm anomaliyası funksional aparatlarla müalicə edilir. Funksional aparatlar çənə sümüyünün funksiya və mövqeyini dəyişdirərək, müəyyən bir əzələ qrupunun qüvvəsini dişlər vasitəsilə sümüyə istiqamətləndirən qurğulardır. Funksional aparatlarla çənə sümüyünün yeri önə və aşağı doğru dəyişdirilir. Bu zaman xüsusi çeynəmə, daxili qanadabənzər, gicgah əzələsinin ön və arxa bölümləri gərginləşir (2). Bunun nəticəsində yaranan qüvvə əng sümüyünün önə doğru inkişafını ləngidir, çənə sümüyünün inkişafı isə sürətlənir.

Distal dişləmi müalicə etmək üçün istifadə edilən funksional aparatların yaratdığı skelet və dento-alveolar dəyişikliklər müxtəlifdir. Bəzi tədqiqatçılar funksional aparatların çənə sümüyünün böyüməsini sürətləndirdiyini (3, 4, 5), digərləri isə az effekt verdiyini yaxud ümumiyyətlə skelet dəyişikliyi törətmədiyini iddia edirlər (1, 6).

Tədqiqatımızda məqsəd, distal dişləm müalicəsində istifadə edilən 3 fərqli üsulun çənə və əng sümüklərinin effektiv uzunluq ölçüləri üzərindəki təsirlərinin müqayisəsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat skelet mənşəli distal dişləm anomaliyalı xəstələr üzərində aparılmışdır. I qrupa herbst aparatı ilə müalicə edilmiş və orta yaşı 12 olan 21 xəstə (10 qız, 11 oğlan) (şəkil 1), II qrupa monoblok aparatı ilə müalicə edilmiş və orta yaşı 12 olan 17 xəstə (10 qız, 7 oğlan) daxil edilmişdir (şəkil 2). III qrup isə, monoblok-headgear (monoblok-Hg) kombinasiyası ilə müalicə edilmiş, orta yaşı 12 olan 16 xəstədən (9 qız, 7 oğlan) təşkil edilmişdir (şəkil 3).

Tədqiqata sümük mənşəli II sinif anomaliyası olan (ANB bucağı 4° dən böyük olanlar), həm sağ, həm sol tərəfdə molyar dişləri II sinif əlaqədə olan, overjet məsafəsi 4 mm-dən çox olan, böyümə və inkişaf dövründə olan, anadangəlmə diş əksikliyi və kraniofasial deformasiyası olmayan xəstələr daxil edilmişdir.

Əldə edilən sefalometrik rentgenlərin analizi Quick Ceph® və PORDIOS proqramları vasitəsi ilə aparılmışdır.



Şəkil 1. Herbst aparatı



Şəkil 2. Monoblok aparatı

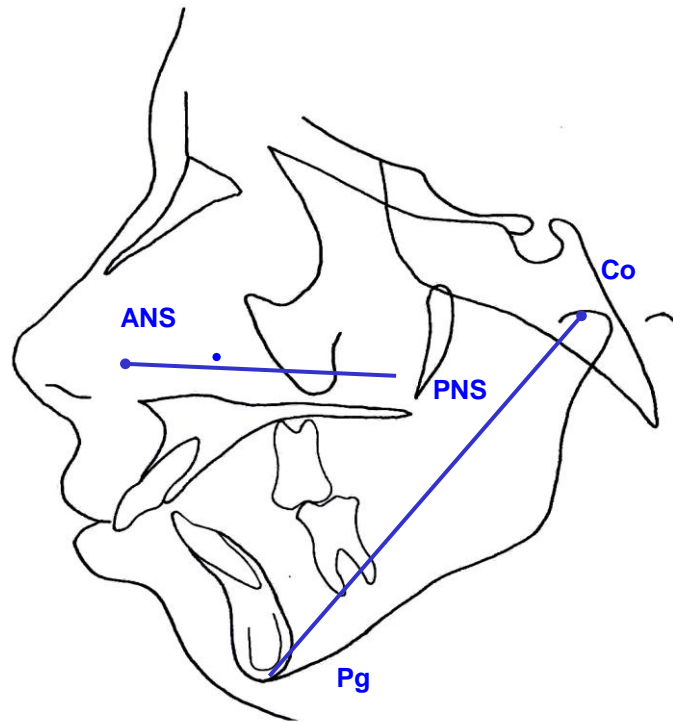


Şəkil 3. Monoblok-headgear kombinasiyası

Sefalometrik qiymətləndirmə. Tədqiqatımızda herbst, monoblok və monoblok-Hg aparatlarının istifadəsi nəticəsində baş verən dəyişikliklər müalicədən əvvəl və sonra xəstələrdən əldə edilən sefalometrik rentgen şəkilləri üzərində aparılan ölçmələrlə təyin edilmişdir. Tədqiqatda aşağıdakı ölçülərdən istifadə olunmuşdur (şəkil 4).

1) effektiv çənə sümüyü ölçüsü: çənə sümüyü oynaq çıxıntısının ən üst və ən arxa nöqtəsi Kondilion (Co) ilə çənəcundakı Pogonion (Pg) nöqtəsi arasındakı məsafənin uzunluğudur.

2) effektiv əng sümüyü ölçüsü: ön burun tini (ANS-anterior nasal spina) və arxa burun tini (PNS-posterior nasal spina) nöqtələri arasındakı məsafənin uzunluğudur.



Şəkil 4. *İstifadə edilən səfalometrik ölçülər*

Statistik olaraq, müalicədən əvvəl və sonra qrupdaxili müqayisədə student t-testi və varyans analizi istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. monoblok qrupunda müalicədən əvvəl və sonrakı ölçülər arasında həm effektiv çənə sümüyü, həm də effektiv əng ölçüsündə statistik səviyyədə artım müşahidə edilir (cədvəl 1).

Monoblok-Hg qrupunda da müalicədən əvvəl və sonrakı skelet ölçüləri arasında, effektiv çənə sümüyü ölçüsündə və effektiv əng ölçüsündə statistik artım olmuşdur (cədvəl 1). Hər iki qrupda çənə sümüyü uzunluğundakı artım, əng sümüyündəki artımdan daha çoxdur.

Herbst qrupunda müalicədən əvvəl və sonra skelet ölçülər arasında, effektiv mandibula ölçüsündə $p < 0,001$ səviyyəsində artım olduğu halda, effektiv maksilla ölçüsündə statistik əhəmiyyətli olmasa da azalma müşahidə edilir (cədvəl 1).

Əng sümüyü. Tədqiqatımızda istifadə edilən monoblok və monoblok-Hg qruplarında effektiv əng ölçüsündə statistik səviyyədə artım müəyyən edilərkən, herbst qrupunda statistik olaraq hər hansı bir dəyişiklik müəyyən edilməmişdir. Buradan belə nəticəyə gəlmək olar ki, monoblok aparatı ilə müqayisədə herbst aparatı əng sümüyünün inkişafını daha çox məhdudlaşdırır.

Çənə sümüyü. Tədqiqatımızdakı hər üç qrupda effektiv çənə sümüyü ölçüsünün statistik olaraq böyüdüyü müəyyən edilmişdir. Həm monoblok, həm də herbst qruplarının effektiv çənə sümüyü ölçüsünün artmasında statistik olaraq əhəmiyyətli olduğunu söyləyə bilərik (cədvəl 1).

Cədvəl № 1.

Tədqiqatda istifadə edilən sefalometrik ölçülərin qruplar üzrə müalicədən əvvəl və sonrakı qiymətləri.

Ölçülər	Müalicədən əvvəl $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$		Müalicədən sonra $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$		F
Monoblok qrupu					
ANS-PNS	56,15	0,70	57,43	0,83	**
Co-Pg	108,02	1,05	113,53	1,24	***
Monoblok-Hg qrupu					
ANS-PNS	57,15	0,91	58,48	1,17	*
Co-Pg	108,99	2,10	115,70	2,33	***
Herbst qrupu					
ANS-PNS	92,47	5,43	91,69	4,97	
Co-Pg	111,34	5,92	115,61	5,98	***

*Qeyd: X: Orta qiymət, $S_{\bar{X}}$: fərqlərin standart xətası, F: test, *: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, ***: $p < 0,001$*

Beləliklə tədqiqatımızda distal dişləm anomaliyalarının müalicəsində istifadə edilən monoblok, monoblok-Hg və herbst aparatlarının çənə və əng sümüklərinin effektiv uzunluq ölçüləri üzərindəki təsirləri müqayisə edilmiş və aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir.

1. Herbst aparatı, monoblok aparatı ilə müqayisədə effektiv əng sümüyü ölçüsünün inkişafını daha çox məhdudlaşdırır.

2. Həm monoblok, həm də herbst aparatları çənə ölçüsünün artmasına təkan verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Novruzov Z.H. II Sinif anomaliyalarının klinikası və müalicə üsulları. Tədris-metodik vəsait. Bakı, təbib nəşriyyatı 2011, 35 səh.
2. Jean Y., Chen Leslie A.W., Richard N. Analyzis of efficacy of functional appliances on mandibular growth. //Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 2002, 122: 470-6
3. Bishara S.E., Ziaja R.R. Functional appliances: a review. //Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 1989, 95, 250-258
4. Ruf S., Baltromejus S., Pancherz H. Effective condylar growth and chin position changes in activator treatment: a cephalometric roentgenographic study. //Angle Orthodontist, 2001, 71, 4-11
5. Rabie A.B.M., Hagg U. Factors regulating condylar growth. //Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 2002, 122, 401-409
6. Lund D.I. and Sandler P.J. The effects of Twin-Blocks: A prospective controlled study. //Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1998, 113, 104-10

РЕЗЮМЕ

ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЙ АППАРАТОВ ГЕРБСТ И МОНОБЛОК НА МАКСИЛЛУ И МАНДИБУЛУ

**Алиева Р.Г.,¹ Новрузов З. Г.,¹ Бехрузоглы М.Б.²
Азербайджанского Медицинского Университета, Кафедра детской
стоматологии¹ Ортодонт, Турция²**

Ключевые слова: дистальный прикус, активатор.

В статье дано сравнение двух различных аппаратов, влияющих на эффективное измерение максиллы и мандибулы, которые используются в лечении дистального прикуса.

Опыт, в I группе лечение 21 больных (10 девочек, 11 мальчиков) в возрасте 12 лет было проведено аппаратом гербст, во II группе лечение аппаратом моноблок было проведено среди 17 больных (10 девочек, 7 мальчиков) в возрасте 12 лет. А III группу составляли 16 больных (9 девочек,

7 мальчиков) в возрасте 12 лет леченных комбинированным методом моноблок-хеадгеар.

В результате было выяснено, что при лечении гербстом происходит большее ограничение развития эффективного измерения максиллы, а при лечении моноблоком, а также и при лечении гербстом увеличивается эффективное измерение мандибулы.

SUMMARY

CEPHALOMETRIC COMPARISON OF THE EFFECTS OF MONOBLOCK AND HERBST APPLIANCES ON THE MAXILLA AND MANDIBULA IN DISTAL MALOCCLUSIONS

**Alieva R.G.,¹ Novruzov Z.H.,¹ Behruzoglu M.B.,²
Azerbaijan Medical University, Department of Pediatric dentistry, DDS.¹
Private Orthodontist, Turkey²**

Key Words: distal malocclusion, activator

In this article, influences of the 2 different activators which are used in treatment of distal malocclusions, on the effective mandibular and maxillar length are involved. Investigation included 21 (10 female, 11 male) patients, with a mean age of 12, which were treated with herbst appliance. II group was treated with monoblok appliance and consisted of 17 (10 female, 7 male) patients with a mean age of 12. III group was treated with monoblock-Headgear combination and involved 16 (9 female, 7 male) patients with a mean age of 12.

Subsequently, it was disclosed that, herbst group restricts effective maxillar length more than monoblock group and that both monoblock and herbst groups have impact on increase of the effective mandibular length.

Daxil olub: 27.01.2017.

SİQARETÇƏKMƏNİN AĞIZ BOŞLUĞUNUN YUMŞAQ TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRLƏRİ

Səfərov C.A.

ATU –nun Terapevtik Stomotologiya kafedrası

Keywords: smoking, students, mucosa

Ключевые слова: курение, студенты, слизистая оболочка

Müasir dövrümüzdə siqaret çəkmə insanların ən zərərli vəzrdişlərindən hesab olunur və bir çox orqan və sistemlərə öz mənfi təsirlərini göstərir. Siqaret tüstüsünün insan sağlamlığına birbaşa və dolayı mənfi təsirləri vardır ki, onları aşağıdakı kimi sıralamaq olar:

1) Hamiləlik dövündə dölüm bətidaxili inkişafına, ağciyərlərə qaraciyərə, böyrəklərə təsir, skelet -əzələ sisteminə, ağız boşluğunun sağlamlıq vəziyyətinə şiş hüceyrələrinin inkişafına və damar sisteminə xüsusilə tac damarqan dövrünə neqativ təsiri aydınlaşdırılmışdır.

Siqaret çəkmək ağciyər xəstəlikləri hipertenziya, iflic, periferik arteriyaların xəstəlikləri və miokard infarktı kimi xəstəliklər üçün ciddi risk amili xarakteri daşıyır (2,3). Siqaret çəkməyən ancaq ətrafdakıların siqaret tüstüsünə məruz qalan (passiv siqaret çəkmə) ilə siqaret çəkən şəxslərdə plazmanın askorbin turşusu (C vitamini) səviyyələrində azalma, aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin (LDL) oksidləşməsində artma, lipoproteinlərin profillərində dəyişiklik, endotelin disfunksiyası kimi bir çox patoloji mexanizmlərlə əlaqədar olaraq, ateroskleroz inkişaf edə bilər [2,3].

Siqaret çəkmə halları ağız boşluğunun selikli qişası və paradonta daha çox təsir göstərir. Siqaret tüstüsü bədən ilk olaraq ağız boşluğundan daxil olur. Siqaretin uzunluğu boyu çəkildikcə tüstünün xarakterində cüzi fərqlər aşkar edilir, beləki siqaret təzə alışıdırıldıqda və onun təxminən ilk üçdə biri çəkildikdə tüstüsünün tərkibində buxarlaşmış nikotin miqdarı nisbətən üstünlük təşkil edir, ancaq onun uzunluğu azaldıqda və onun alışmış ucu ağıza yaxınlaşdıqca istiliyin təsirindən nikotin daha çox parçalanır və daha zərərli xarakterə malik tüstü ağız boşluğuna, oradan yuxarı tənəffüs yolları və ağciyərlərə keçir. Ağciyərlər də öz növbəsində qıcıqlanmaya məruz qalırlar və qıcıqlar yerli kanserogen xarakter daşımağa başlayır [6]. Prospektiv göstəricilərin analizi siqaretçəkmənin parodont xəstəliklərinin meydana gəlməsində ekzogen etioloji risk amili rolunu oynadığını göstərir (5,6). Onlar üçün siqaretçəkmə ümumi orqanizm o cümlədən ağız boşluğunun vəziyyəti üçün daha təhlükəlidir. Xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatına (XBT -10) əsasən tütündən asılılıq (narkotik maddələrdən asılılıqla birlikdə) “psixo-aktiv birləşmələrin təsiri ilə meydana gələn ruhi və davranış pozğunluqları” kateqoriyasına aid olunmuşdur. Ölüm səbəbləri arasında siqaretçəkmə birinci yeri tutur. Prospektiv tədqiqatların nəticələri tələbələr arasında siqaretçəkmənin kifayət qədər yüksək səviyyədə olduğunu göstərir.

Qeyd edilənlərə baxmayaraq, siqaretçəkənlərin ağız boşluğunun vəziyyətinin hal –hazırda da mübahisə mövzudur və sona qədər öyrənilməmişdir. Ağız boşluğunun selikli qişə xəstəlikləri arasında xeylitlər, stomatitlər, qlossit və leykoplaxiyalara həkim –stomatoloqun təcrübəsində digər selikli qişə patologiyalarına nisbətən daha çox rast gəlinir [7,8].

Tədqiqatın məqsədi: Tələbələrdə siqaretçəkmənin ağız boşluğunun selikli qişasının vəziyyətinə təsirinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın materialı və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən ATU –da müalicə işi və stomatologiya fakültələrində III kursda təhsil alan 198 nəfər siqaret çəkən və 235 nəfər siqaretçəkməyən ümumilikdə 353 nəfər oğlan tədqiqata cəlb edilmişdir. Sonradan siqaret çəkənlərdən 18 nəfər, siqaretçəkməyən şəxslərdən isə 35 nəfər müxtəlif səbəblərdən tədqiqatda iştirakı davam etdirməkdən imtina etmişlər, tədqiqatlar 180 nəfər siqaret çəkən və 200 nəfər siqaret çəkməyən şəxslər üzərində davam etdirilməli olmuşdur.

Tədqiqata cəlb edilmiş tələbələrdə ilk əvvəl III kursda, daha sonra isə V kursda ağız boşluğu hərtərəfli müayinə edilmiş, onlarda xeylitin meteroloji forması, hiperkeratotik qlossit, yastı leykoplaxiya və herpesik stomatitin residivləşən formasının rast gəlinməsinə (say və % -lə) görə müayinə aparılmış, siqaret çəkənlər və çəkməyənlərin III və V kursdakı müayinələrinin nəticələri həm biri –birilə, həm də qruplar üzrə müqayisə edilmişdir. Stomatoloji müayinələr stomatoloji güzgü və adi paradontal zond vasitəsilə aparılmışdır. Tələbələrin hamısı ümumi vəziyyəti sağlam olan və eyni yaş intervalında olan şəxslər olmuşlar.

Alınmış nəticələr parametrik və qeyri –parametrik üsullardan istifadə etməklə statistiki işlənmişdir. Statistiki üsullar variasion üsullarla tədqiq olunmuşdur (orta riyazi kəmiyyət – M, onların standart xətası – m, Studentin

dürstlük əmsalı – t müəyyən edilməklə). Kliniki tədqiqatın nəticələrinin statistiki işlənməsi standart proqram paketinin köməyi ilə icra edilmişdir (Windows üçün Microsoft Excel və Statistica 7.0).

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində siqaret aludəçisi olan 180 nəfər tələbədə ağız boşluğunun selikli qişasının vəziyyətinin öyrənilməsi istiqamətində aparılan müayinələr nəticəsində 20 nəfərdə dodaqların iltihabı olan xeylit əlamətləri qeydə alınmışdır ki, bu da qrup üzrə $11,1 \pm 2,34\%$ tələbələri əhatə etmişdir. Buna baxmayaraq, 200 nəfərdən ibarət siqaret çəkməyən tələbələr qrupunda is cəmi 6 nəfərdə xeylit əlamətləri müşahidə edilmişdir ki, bu da adı çəkilən qrupun cəmi $3,0 \pm 1,21\%$ -ni əhatə etmişdir ki, bu da zərərli vərdəşdən asılı olan qrupdan 3 dəfədən də çoxdur. Qeyd edək ki, qruplar üzrə xeylit əsasən meteoroloji xarakterli olmuşdur (cədvəl 1). Xeylitlər dodağın selikli qişası və qırmızı haşiyəsinin iltihabı xəstəliyi olub, müxtəlif etioloji amillərdən qaynaqlanırlar. Meteoroloji xeylitlərin əsas etioloji amili xarici mühit amillərinin kəskin dəyişilməsi (isti və soyuq) hesab olunur ki, siqaret çəkənlər də siqaretin termiki təsirlərinə də tez – tez məruz qalırlar.

Cədvəl № 1.

Siqaretçəkən şəxslərdə ağız boşluğunun selikli qişanın xəstəliklərinin müqayisəli rast gəlinməsi.

Nozoloji vahid	Lokallaşması	Siqaretçəkənlərdə (n=180)		Siqaret çəkməyənlər (n=200)		P
		sayla	%-lə	sayla	%-lə	
Xeylit	Tipik	20	$11,1 \pm 2,34$	6	$3,0 \pm 1,21$	<0,01
Qlossit	Tipik	28	$15,6 \pm 2,70$	3	$1,5 \pm 0,86$	<0,001
Leykoplaxiya	Klein S.	5	$2,8 \pm 1,22$	-	-	<0,05
Herpetik Stomatit	Dodağın qırmızı haşiyəsi	12	$6,7 \pm 1,86$	4	$2,0 \pm 0,99$	<0,05

Qeyd: P – siqaret çəkən tələbələrə görə statistiki əhəmiyyətlik

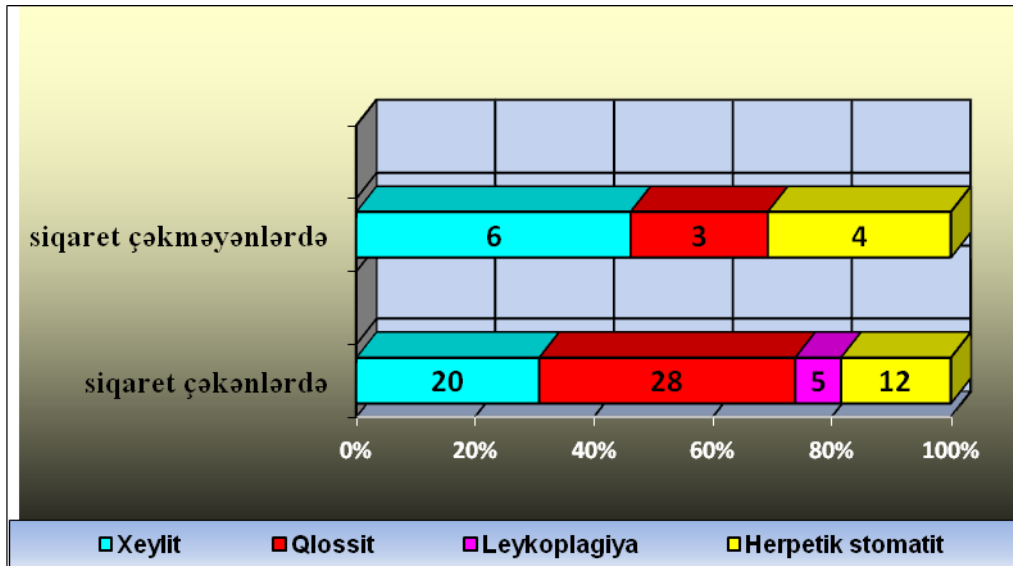


Diagram 1. *Siqaretçəkən şəxslərdə selikli qişanın vəziyyəti.*

Bundan başqa, tədqiqatımız zamanı xəstələrdə çəkilən siqaretin sayı ilə ağız boşluğunun selikli qişasının buynuzlaşma dərəcəsi arasında düz mütənasib asılılığın olduğu da müşahidə edilmişdir. Müayinə etdiyimiz şəxslərin ağız boşluğu selikli qişasının leykoplaxiyası əsasən selikli qişasının yığılması, göynəmə hissi olmaqla bərabər selikli qişanın müxtəlif forma və ölçüdə tutqunlaşmış sahələr də

müəyyən edilmişdir. Bəzi pasiyentlərimizdə isə hətta intensiv qaşdıqda belə kənarlaşmayan yapışmış bozumontul –ağ pərdə və ya ərp də qeydə alınmışdır.

Dilin iltihabı olan qlossit əlaməti 180 nəfərlik siqaret çəkən tələbələrdən 28 nəfərində qeydə alınmışdır ki, bu qeyd olunan qrupun $15,6 \pm 2,70\%$ -i olmuşdur (diaq.1). Siqaretdən aililiyi olmayan 200 nəfər tələbə qrupunda isə yalnızca 3 nəfərdə qlossitə rast gəlinməklə bu qrupun $1,5 \pm 0,86\%$ -ində müşahidə edilmişdir. Hər iki qrup üzrə tələbələrdə qlossitin hiperkeratotik forması müşahidə edilmişdir.

Ağız boşluğunun leykoplagiyasının siqaretr çəkən və çəkməyən tələbələr arasında rast gəlinməsinin öyrənilməsi üzrə aparılmış müayinələr zamanı isə siqaretdən asılı hala düşmüş 180 nəfərlik qrupdan 5 nəfərində qeyd olunan xəstəliyə rast gəlinmə dərəcəsi, siqaret çəkməyən 200 tələbənin heç birində müvafiq patologiyaya rast gəlinməmişdir. Onu da qeyd edək ki, siqaret çəkən şəxslərdə leykoplagiyanın yayılması qrupun $2,8 \pm 1,22\%$ -ni əhatə etmişdir. Hər iki qrup üzrə leykoplagiyanın yastı növünə rast gəlinmişdir. Leykoplagiya uzunmüddətli qıcıq təsirinə cavab olaraq, ağız boşluğu selikli qişasının buynuzlaşmasıdır. Leykoplagiyalar adətən stromanın iltihabı ilə müşayiət olunur. Siqaret çəkmənin leykoplagiyanın meydana gəlməsində rolu olduğu sübut edilmişdir. Herpetik stomatitin siqaret çəkən və çəkməyən tələbələr arasında rast gəlinməsinin öyrənilməsi üzrə aparılmış müayinələr zamanı isə siqaretdən asılı olmayan 200 nəfər tələbələrdən 4 –ündə bu xəstəliyə rast gəlinmişdir ki, bu da qrupun $2,0 \pm 0,99\%$ -ini əhatə etmişdir. Siqaret çəkən tələbələr qrupunda isə herpetik stomatitə rast gəlinmə 12 tələbədə olmaqla qrupun $6,7 \pm 1,86\%$ -ni əhatə etmişdir ki, bu da əvvəlki qrupdan 3 dəfə yuxarı göstəricidir. Qeyd edək ki, tələbələr arasında dodağın qırmızı haşiyəsində yerləşən herpetik stomatitin xroniki residivləşən forması öyrənilmişdir. Stomatitlərin herpetik formasının inkişafında orqanizmin ümumi vəziyyətinin pozulması əsas mərkəzi yer tutur ki, bizim müayinə etdiyimiz siqaret çəkən xəstələrdə də bu hal məhz siqaretlə əlaqələndirilir.

Tədqiqat zamanı əldə etdiyimiz nəticələr ağız boşluğunun selikli qişasının patologiyalarının siqaret çəkən şəxslərdə çəkməyənlərlə müqayisədə daha intensiv xarakter daşdığını bir daha ortaya qoymuşdur. Ağız boşluğunun selikli qişasının xəstəlikləri əksər hallarda ümumi orqanizm səviyyəsində baş verən proseslərin yerli təzahürü kimi nəzərdən keçirildiyindən onların belə intensiv təzahürü siqaret çəkən şəxslərdə daha dərin problemlərin olduğunu göstərir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz selikli qişə xəstəliklərindən xeyli və leykoplagiyanın etiologiyasında yerli qıcıqlandırıcı amillərin də rolu danılmazdır. Siqaretin tərkibindəki zərərli maddələr ilk olaraq ağız təmas etdiyindən məhz ağızın selikli qişası daha çox təsirə məruz qalır.

Aldığımız nəticələr siqaret çəkən şəxslərin ağız boşluğu sağlamlığını bir daha aktual edir, tələbələr arasında siqaret çəkmə əleyhinə maarifləndirici işlərin və yeni araşdırmaların aparılmasına təkan verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Lannan S, McLean A, Drost E, et al: Changes in neutrophil morphology and morphometry following exposure to cigarette smoke. Int J Exp Pathol 2002; 73:183.
- 2.Bergstrom J, Floderus-Myrhed B: Co-twin control study of the relationship between smoking and some periodontal disease factors. Community Dent Oral Epidemiol 2013; 11:113.
- 3.Jette AM, Feldman HA, Tennstedt SL: Tobacco use: A modifiable risk factor for dental disease among the elderly. Am J Public Health 2003; 83:1271.
- 4.Codd EE, Swim AT, Bridges RB: Tobacco smokers' neutrophils are desensitized to chemotactic peptide-stimulated oxygen uptake. J Lab Clin Med 2007; 110:648.
- 5.Dinsdale CR, Rawlinson A, Walsh TF: Subgingival temperature in smokers and nonsmokers with periodontal disease. J Clin Periodontol 2007; 24:761.
- 6.Gorman LM, Lambert PM, Morris HF, et al: The effect of smoking on implant survival at second stage surgery: DICRG interim report #5. Dental implant clinical research group. Implant Dent 2004; 3:165.

- 7.Persson L, Bergstrom J: Smoking and vascular density of healthy marginal gingival. Fur J Oral Sci 1998; 106:953.
8.Preber H, Bergstrom J: The effect of non-surgical treatment on periodontal pockets in smokers and nonsmokers. J Clin Periodontol 2006; 13:319.

РЕЗЮМЕ

СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ

Сафаров Д.А.
Кафедра терапевтической стоматологии

Оценена частота курения среди 380 студентов и степень его влияния на уровень распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний и на состояние слизистой оболочки полости рта. Выявлена зависимость степени тяжести патологий от наличия вредного фактора риска. У курящих студентов чаще выявлялись патологические изменения на языке и красной кайме губ, в частности, глоссит и хейлит.

SUMMARY

THE DEGREE OF SMOKING INFLUENCE ON DENTAL STATUS OF STUDENTS

Safarov J.A.
Department of Therapeutic Stomatology

Estimated rates of smoking among the 380 students and the degree of its impact on the prevalence and intensity of major dental diseases and the condition of the oral mucosa. The degree of severity of the pathologies dependence on presence of harmful risk factors. At smokers students often are detected lesions on the tongue and red border of the lips, in particular, glossitis and cheilitis.

Daхil olub: 20.02.2017.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕР ПО ОКАЗАНИЮ ИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Сафаралиев Ф.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет
Кафедра ортопедической стоматологии.

Интенсивные и длительные физические нагрузки вследствие иммунологических нарушений, усиления кровообращения, снижения адаптационных возможностей организма и антигенной нагрузки оказывают существенное негативное влияние на функциональное состояние некоторых органов и систем организма, в том числе и на ткани полости рта [2, 3, 5, 6, 7]. Повторные рецидивы патологических процессов, а также уже имеющиеся в организме очаги хронической инфекции на фоне повышении объема физических и психозмоциональных нагрузок на некоторых подготовительных этапах тренировочного цикла могут выступать в роли разрешающего фактора в деле возникновения, развития и, как результат, увеличении

частоты встречаемости воспалительно-деструктивных заболеваний в органах и тканях зубочелюстной системы.

Проведенные за последние годы научные исследования и их результаты, которые нашли отражение в некоторых зарубежных и отечественных литературных источниках, выявили, что у спортсменов в предсоревновательный и соревновательный период наблюдается выраженное угнетение иммунной системы, как на общем, так и местном уровнях, возрастание их частоты у профессиональных спортсменов, занятых в спорте высших достижений, во многом способствующих значительному возрастанию их стоматологической заболеваемости [1,4].

В свою очередь, хронические одонтогенные очаги инфекции, развитие тяжелых форм воспалительных заболеваний тканей пародонта, кариеса и его осложнений могут приводить к серьезным нарушениям в организме атлета, негативно влиять на течение общесоматической патологии, ухудшать качество жизни и снижать, таким образом, их спортивную работоспособность. Хронизация очагов инфекции в полости рта и частые причины их обострений у высококвалифицированных атлетов обуславливаются, по нашему мнению, отсутствием постоянного диспансерного наблюдения, охватывающего все виды медицинской помощи, в том числе и стоматологическую, а также отсутствием индивидуального подхода в выборе оптимальных и наиболее приемлемых для них лечебно-профилактических средств.

Цель исследования Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у профессиональных спортсменов путем применения апипрепаратов.

Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование 122 профессиональных спортсменов с интактным пародонтом и воспалительными заболеваниями околозубных тканей, в возрасте от 18 до 32 лет; из них с хроническим генерализованным катаральным гингивитом - 30 человек, с хроническим генерализованным пародонтитом легкой тяжести – 35 атлетов, а со здоровым пародонтом – 57 человека, которые составили контрольную группу.

Клиническое обследование пациентов состояло из сбора анамнеза, инструментального обследования полости рта. Проводили оценку состояния гигиены полости рта с помощью: Индекс кровоточивости десны по Мюллеману – Коузэлу - определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на зубной сосочек; степень воспалительно-деструктивных изменений в тканях пародонта по пародонтальному индексу PI, Russel A. (1956). Для определения функционального состояния слюнных желез изучалась нестимулированная секреция и секреция, стимулированная биологически нейтральными и традиционными препаратами путем назначения аппликаций в течении двух недель путем. Скорость фоновой саливации определяли непосредственно до и после интенсивных тренировок по следующей схеме: предлагали в течение 5 минут собирать ротовую жидкость в градуированную пробирку. Полученный объем делили на пять и получали значение скорости фоновой и стимулированной саливации в мл/мин. В ходе комплексного лечения пародонтопатий осуществлялось обучение обследуемых атлетов правилам ухода за гигиеной полости рта, профессиональную гигиену и санацию полости рта. Купирование воспалительного процесса в тканях пародонта в трех подгруппах профессиональных спортсменов со здоровым пародонтом, с хроническим генерализованным катаральным гингивитом и с хроническим

генерализованным пародонитом легкой степени тяжести проводилось путем аппликаций на десневой край геля «Апибальзам», два раза в день (утром и вечером), после чистки зубов, в течение десяти дней.

Полученные данные вносились в специально разработанные индивидуальные карты и подвергали статистической обработке с использованием программного пакета Microsoft Excel и Statistica 7,0 для Windows. Уровень достоверности различий выявляли при помощи t- критерия Стьюдента. Статистически достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований Таким образом, согласно полученным нами показателям одним из основных признаков возникновения и развития так называемого «синдрома перетренированности» является депрессия и ослабление клеточного и гуморального иммунитета, которые сопровождаются повышением в ротовой жидкости количества провоспалительных цитокинов и, наоборот, снижением уровня секреторного иммуноглобулина, что может быть одной из главных причин возникновения и развития воспалительно-деструктивных процессов в мягких и твердых тканях пародонта и всей зубочелюстной системы. В смешанной слюне и в полости рта у обследуемых профессиональных спортсменов, специализирующихся в разных видах единоборств, в частности, вольной и классической борьбе, уже непосредственно после разовой физической нагрузки выявлялось значительное снижение уровня секреторного иммуноглобулина. Необходимо отметить, что до повышения объема физических и психоэмоциональных нагрузок в промежуточные межсоревновательные периоды тренировочного цикла подобного рода патологические изменения в факторах местной иммунной защиты диагностировались сравнительно реже. Так, число лиц с воспалительными заболеваниями пародонта средней степени тяжести в основной группе составило в среднем 32%, тогда как в контрольной группе лиц, не занимающихся профессиональным спортом, показатели были сравнительно выше и определялись в пределах 30% (рис.1).

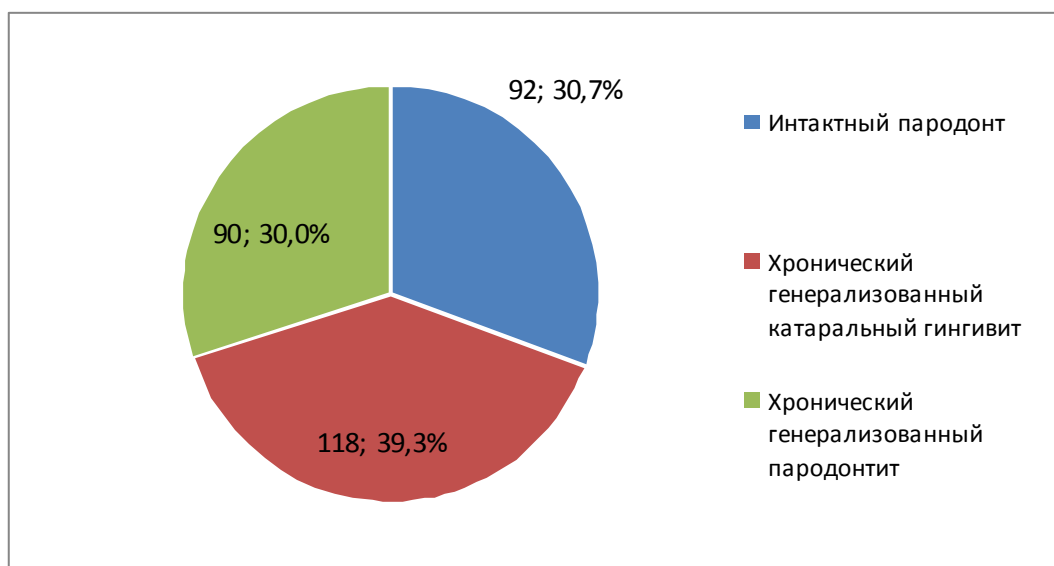


Рис. 1 – Распространённость заболеваний пародонта в контрольной группе (300)

В результате проведенных исследований функциональной активности факторов иммунологической реактивности организма у обследованных квалифицированных спортсменов после выполнения тяжелых физических

упражнений регистрировалась определенная тенденция в изменении показателей иммунного, в частности цитокинового профиля. При этом функциональная активность органов и тканей полости рта оставались неизменными на протяжении всего периода исследования до начала предсоревновательного подготовительного периода. По сравнению с контролем максимальные значения по группе профессиональных атлетов регистрировались и по количеству больных с хроническим катаральным гингивитом - 40,9% против 39,3% в группе сравнения, соответственно (таб.1).

Таблица № 1

Распространённость заболеваний пародонта среди профессиональных спортсменов

Распространенность	Спортсмены			Гр.срав.		
	Абс.	%	m%	Абс.	%	m%
ХВЗП	95	27,1	2,38	92	30,7	2,66
ХГП легк.ст	143	40,9	2,63	118	39,3	2,82
ХГП сред. ст	112	32,0	2,49	90	30,0	2,65

Показатели индексов гигиены полости рта, интенсивности, и распространенности воспаления десны, степени кровоточивости десневой борозды, обладающие большой информативностью, определялись непосредственно после лечения, а также после его проведения. До лечения клиническая характеристика состояния пародонта подгрупп в пределах своей группы не отличалась. Непосредственно после лечения выявилась разница в уровнях снижения индексов, зависящая от использованного метода тренировочного процесса. Клиническая нормализация состояния околозубных тканей также произошла в разные сроки (рис.2). После интенсивных физических нагрузок на частоту возобновления воспалительного процесса в мягких тканях пародонта влияли методы и средства, выбранные для проведения рациональной гигиены полости рта. Недостаточно качественная гигиена и несвоевременное их применение с использованием только зубной щетки и зубной пасты, приводила к развитию более тяжелых форм патологических процессов. В нижеследующей таблице приведены показатели индексов, которые наглядно свидетельствуют о вышесказанном. И только в основной подгруппе, где у профессиональных спортсменов диагностировались воспалительные заболевания пародонта, регистрировались максимальные значения. Сравнительно отличная в значениях гигиенического индекса тенденция регистрировалась у обследуемых атлетов в основной группе, где диагностировались катаральный гингивит и хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести: наблюдалось увеличение показателей индекса кровоточивости, которые выросли с 1,12 балла до 2,75 балла до и после тренировок, соответственно ($p < 0,001$); такая же динамика определялась и по значениям пародонтологического индекса.

После завершения лечебно-профилактических мероприятий в основной группе показатели по смешанной слюне практически соответствовали легким формам воспалительных изменений в мягких тканях пародонта, в контрольной подгруппе количество ротовой жидкости, выделенной до и после терапии, указывало на имеющийся хронический генерализованный пародонтит (рис.3). В определенные этапы тренировочного цикла диагностировались выраженные нарушения в функциональном

состоянии слюнных желез у обследуемых профессиональных спортсменов, что выражалось в снижении скорости саливации и количестве секретируемой ротовой жидкости до $2,2 \pm 0,3$ мл/мин и $2,2 \pm 0,2$ мл/мин, что достоверно отличается от аналогичных показателей, выявленных до интенсивных физических нагрузок и после проведения комплексного лечения. Скорость секреции смешанной слюны после применения биологически нейтральных средств достигала средних значений $3,9 \pm 0,2$ мл/мин, Эффективность лечебных и профилактических мер проводимой поддерживающей терапии оценивали в сравнительном аспекте по изменению гигиенического состояния полости рта, снижению клинических проявлений патологических изменений в мягких околозубных тканях, в динамике скорости секреции смешанной слюны у наблюдаемых спортсменов-единоборцев до начала и после завершения лечения, а также по изучению показателей качества жизни.

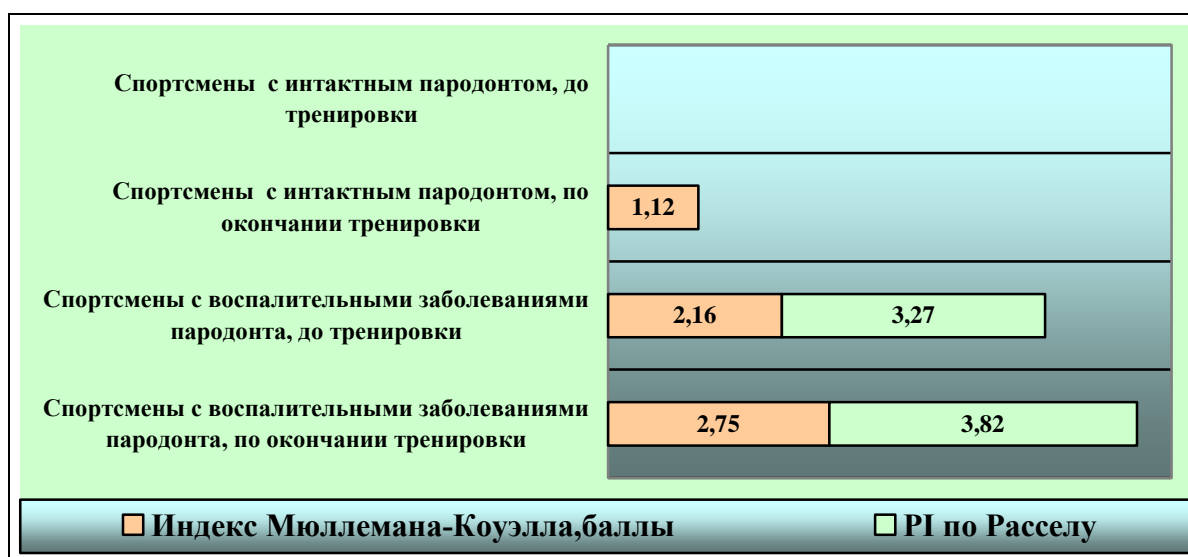


Рис 2. Состояние тканей пародонта у спортсменов до и после тренировки

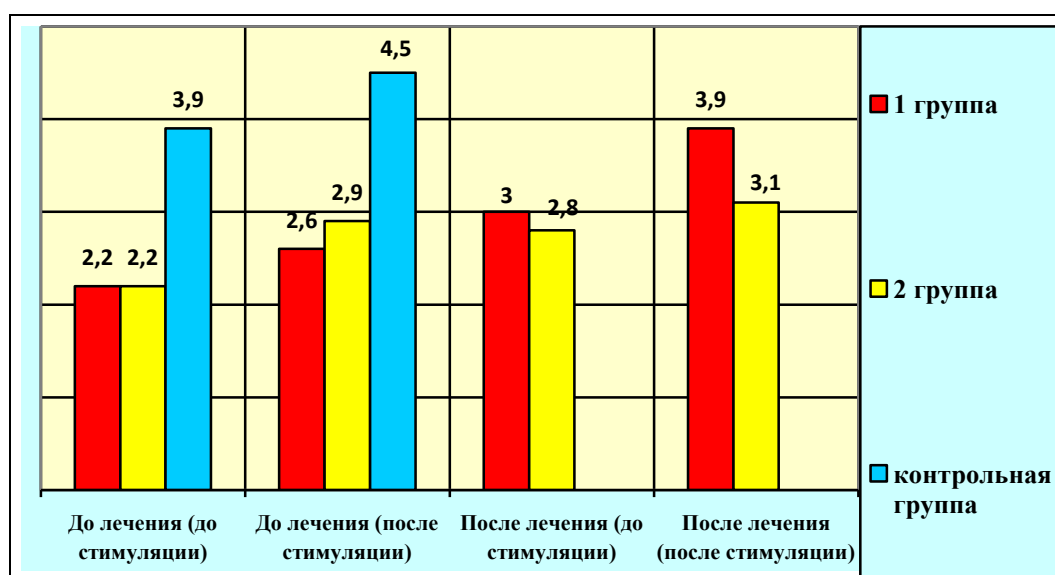


Рис. 3. Показатели состояния слюнных желез до и после лечения

Таким образом, по полученным данным, интенсивные физические нагрузки нарушают регуляцию слюноотделения и ухудшают состояние органов и тканей полости рта за счет влияния, как на физическое, так и на психоэмоциональное на состояние профессиональных спортсменов.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Антонова И.Н., Розанов Н.Н., Софонов Б.Н., Косицкая Л.С. Хронический стресс у спортсменов, заболевания пародонта и перестройка в иммунной системе. // Медицинская иммунология. – Т.9, № 2,3. – 2007. – С.29-295.
2. Гладков В.Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений. — М.: Советский спорт, 2007. — 152 с.
3. Жукова В.Ю., Лобанов Ю.Ф. Патология органов пищеварения у спортсменов высокой квалификации // Вестник современной клинической медицины. 2010. Т. 3. Приложение 1. С. 67–68.
4. Массарский А.С. Стоматологические проблемы у спортсменов // Материалы Второго международного конгресса «Спорт и здоровье» 21-23 апреля 2005 г.- СПб., 2005.- С, 178-179.
5. Пономарёва А. Г., Полтавская Е. Ю Показатель активной кислотности слюны как интегральный показатель психоэмоционального и психосоматического здоровья у спортсменов // Стоматолог. 2012. – №2. – С. 3-9
6. Marin D.P., dos Santos R. de C., Bolin A.P., Guerra B.A., Hatanaka E., Otton R. Cytokines and oxidative stress status following a handball game in elite male players // Oxid Med Cell Longev. – 2011. – P. 804-873
7. Boraita A.D. Cardiovascular Adaptation, Functional Capacity, and Angiotensin-Converting Enzyme I/D Polymorphism in Elite Athletes // Rev Esp Cardiol. 2010. - № 63 (7). - P. 810-819

X Ü L A S Ə

PROFESSIONAL İDMANÇILARDA AGIZ BOŞLUGUNUN VƏZİYYƏTİ VƏ ONLARA STOMATOLOJİ YARDIMIN OPTİMALLAŞDIRILMASI

Səfərəliyev F.R.

ATU-nun Ortopedik Stomatologiya kafedrası

Demək olar ki, bütün hallarda, professional idmançılarda periodontal və mukoza toxumaların patolojiyalarının intensiv fiziki gərginliyin təsiri zamanı tüpürcək axınının azalması və tüpürcəyin qatılığının artması ilə bağlı olmasını qeyd etmək lazımdır. Çox vacib olan həmcinin də gigiyenik şqayğı ilə bağlı idmançıların maarifləndirilməməsi, profilaktik vasitələrin düzgün seçilməməsi. Propolis əsaslı dərman preparatının istifadəsi idmançılarda yumşaq periodontal toxumalarda baş verən patoloji dəyişikliklərin klinik təzahürlərinin azalmasına, qarışıq tüpürcək ifrazının sürət dinamikasının yaxşılaşmasına gətirib çıxarır.

S U M M A R Y

ORAL HEALTH AT THE PROFESSIONAL ATHLETES AND OPTIMIZATION DENTAL CARE FOR THEM

Safaraliev F.R.

Azerbaijan Medical University Department of Prosthodontics

It should be noted that in almost all cases, the pathology of periodontal and oral mucosa tissues of professional athletes has been associated with inflammation caused by intense physical exertion, decrease salivary flow rate and an increase in its viscosity of saliva. It is very essential and have a lack of awareness of athletes with regard to hygienic oral care, the wrong choice of prophylactics. Use of the drug based on propolis leads to a decrease in clinical manifestations of pathological changes in the soft periodontal tissues, improve the speed of the dynamics of mixed saliva secretion in observed athletes.

Daxil olub: 3.02.2017.

UŞAQLARDA ASTİQMATİZMİN OFTALMOLOJİ MÜAYİNƏSİNDƏ “PLUSOPTİX A-09” PEDIATRİK AVTOREFRAKTOMETRİN EFFEKTİVLİYİ

Qurbanova N.F., Həsənzadə L.Y.

**Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşmə
İnstitutunun oftalmologiya kafedrası.**

Açar sözlər : Pediatrik avtorefraktometr, skioskopiya, refraksiya pozğunluğu.

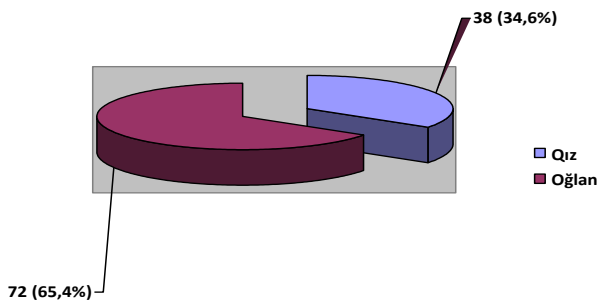
Refraktiv qüsurların işıq şüasını torlu qişada toplama bilməməsi xüsusiyyətidir. Uşaq və yeniyetmələrdə bu patologiya daha aktualdır. Məlumdur ki, refraktiv qüsurlar uşaqlarda gözün ən çox diaqnoz qoyulan patologiyalardan biridir. [1, 4, 5-7, 8, 9]

Bu baxımdan həyatın ilk illərində refraktiv qüsurların düzgün diaqnoz qoyulması aktual məsələdir. Refraktiv qüsurların gec aşkarlanması uşaq və yeniyetmələrdə ambliopiyaya, binokulyar görmənin pozulmasına, müştərək çəpgözlüyə və s. patologiyalara səbəb olur [1, 2, 3, 7, 8]. Astigmatizm refraktiv qüsurların bir növü olub, anadangəlmə və qazanılma olur. Astigmatizm çox zaman buynuz qişasının anadangəlmə asimetriyası və ya büllurun sferikliyi dəyişməsi nəticəsində meydana çıxır və nəticədə uşaqlar dəqiq görmə qabiliyyətlərini itirirlər. Astigmatizmin bir neçə növü var. Sadə astigmatizm 8%, mürəkkəb hipermetropik astigmatizm 44%, mürəkkəb miopik astigmatizm 39%, qarışıq isə 9% rast gəlinir [4].

Kliniki praktikada böyüklərdə refraksiyanı yoxlamaq, eləcə də buynuz qişasının refraktiv qüvvəsini hesablamaq üçün infraqırmızı işıqdan istifadə edən avtomatik, obyektiv refraktometrlərdən daha çox istifadə edilir. Avtomatik refraktometrlərlə bağlı spesifik problem hədəfə baxarkən gözün akkomodasiya etmə cəhdidir. Lakin, uşaqlarda və yeniyetmələrdə standart avtorefraktometrində refraksiyanı yoxlamaq texniki baxımdan (uşağın baxışını, başın fiksasiyanın mümkünsüzlüyü) çətinliklər törədir. Bu baxımdan uşaq refraktometri “Plusoptix A-09” uşaqlarda diskomfort yaratmadan refraksiyanı müayinə etməyə imkan yaradır [3,7].

İşin məqsədi : Uşaqlarda astigmatizm zamanı oftalmoloji müayinədə “Plusoptix A-09” uşaq avtorefraktometrinin effektivliyi.

Material və metodlar Tədqiqata 110 (220 göz) uşaq cəlb olunub. Onlardan 72-si (65,4 %) oğlan, 38-i (34,6 %) qız olmuşdur [şə.k.1].



Şə.k.1. Xəstələrin cinsə görə bölünməsi

Orta yaş həddi 1-10 yaş olmuşdu. Müayinələr dar bəbəklə “Plusoptix A-09” pediatrik avtorefraktometrinə aparılmışdır. Xəstələr astigmatizmin növlərinə görə qruplara bölünmüşdülər. Xəstələrin 41-i (37,27%) hipermetropik astigmatizm (82 göz), 31-i (37,27%) miopik astigmatizm (62 göz), 38-i (34,5%) qarışıq astigmatizimli (76 göz) xəstələr olmuşdur. Müayinələr Akademik Z.Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinin uşaqlarda refraksiyanın pozğunluğu şöbəsində 2013-2016-cı illər ərzində aparılıb.

Uşaq avtorefraktometri “Plusoptix A-09” portativ, yüngül, rahat, istifadə baxımdan istənilən yerə asanlıqla daşınan binokulyar, kontaktsiz dəst olaraq alman firması Plusoptix GmbH şirkətində istehsal olunur. Bu unikal dəst kiçik uşaqlarda 1 metr məsafədə bəbək genəlmədən, bir neçə dəqiqəyə dəqiq binokulyar refraksiya dəyişikliyinə təyin edir. Yüksək texnologiyalı uşaq avtorefraktometri “Plusoptix A-09” 2 gözün eyni anda ölçüldüyü, ekzantrik videoretinoskop olub nistaqmlı, mürəkkəb uşaqlarda xüsusilə 4 yaşaltı körpələrdə və hətta yeni doğulmuşlarda belə saniyələr içində göz ölçümlərini edildiyi bir sistemdir.

Bu unikal dəst kiçik yaşlı uşaqları narahat etmədən, 1 metr məsafədə, bəbək genəlmədən, bir neçə dəqiqəyə dəqiq binokulyar refraksiya dəyişikliyinə müəyyən edir. Cihazın yanib sönən işıqları və səsi xəstənin əlaqəsini cihaza doğru çəkir. Tək düyməni basaraq hər iki göz üçün binokulyar, çəpgözlü xəstələrdə isə monokulyar müayinə edilə bilər.

Nəticələr: “Plusoptix A-09” pediatrik avtorefraktometriyanın nəticələri skiaskopiyanın göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdi. Daha çox dar bəbəklə azyaşlı uşaqların “Plusoptix A-09” pediatrik avtorefraktometrinin nəticələri medikamentoz midriaz şəraitində skioskopiya nəticələri ilə üst-üstə düşmüşdür. Pediatrik “Plusoptix A-09” avtorefraktometriyanın və skioskopiyanın uyğun gəlməsi müxtəlif yaş qruplarında 0,5 D-1,0 D təşkil etmişdir. Xəstə *eynək və linza* taxarkən də ölçmələr aparıla bilər.

Yekun: Pediatrik “Plusoptix A-09” avtorefraktometriyası kiçik yaşlı uşaqlarda, körpələrdə, qüsurlu uşaqlarda, danışıq və nitq qüsurlu uşaqlarda, yetkin xəstə qruplarında klinik refraksiyanın rahat, tez və kifayət qədər dəqiq müəyyən etmə üsuludur. Bu baxımdan uşaqların refraksiya pozğunluqlarında, xüsusilə astigmatizm zamanı “Plusoptix A-09” cihazının erkən diaqnostikada istifadə olunması effektiv, konfortlu, və məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Qasımov E.M, Aslanova V. Ə. “Göz xəstəliklərinin diferensial diaqnostikasi” Bakı, 2009, səh 82-97
2. Qasımov E.M, Kərimov M. İ. “Göz xəstəlikləri “ Bakı, 2014, səh 15-18
3. Абруд Ф. Современные возможности рефрактометрии у детей раннего возраста // Рефракционная хирургия и офтальмология, 2007, т.7, №1, с.46-50.
4. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватов А.В. Руководство по детской офтальмологии / М., 1987, 192-225.
5. Глазные болезни / Под ред. Копяевой В.Г., М., 2002, с.391-398
6. Канский Дж. Дж. Клиническая офтальмология / 2006, с.521-556.
7. Мустафаева Д.М., Шафиева Д.Т., Амирова А.Ю., Гасанзаде Л.Ю.* “эффективность педиатрического авторефрактометра PLUSOPTIX A-09 в офтальмологическом обследовании детей раннего возраста “Oftalmologiya elmi-praktik jurnal” 2016, № 22, стр 65-71
8. Офтальмология, национальное руководство / Под ред. Аветисова Э.С, Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., et al. 2008, с.775-790.
9. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология / 2008, с.147-150

РЕЗЮМЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО АВТОРЕФРАКТОМЕТРА “Plusoptix A-09” В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С АСТИГМАТИЗМОМ.

Курбанова Н.Ф., Гасанзаде Л.Ю.

**Кафедра офтальмологии Азербайджанского Государственного
Института Усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку**

Цель – оценка эффективности ранней диагностики астигматизма с использованием аппарата “ Plusoptix A-09 “ у детей.

Материалы и методы. Обследовано 110 детей (220 глаз). Из них мальчиков – 72 (65,4%), девочек – 38 (34,6%). Средний возраст составил от 1 до 10 лет. Исследование пациентам проводилось на аппарате Plusoptix A-09 с узким зрачком, и проводили скиаскопию с широким зрачком.

Результаты и обсуждения. Клиническая рефракция у детей в обследованных группах с помощью данного аппарата соответствовала исследованной при помощи скиаскопии. Расхождение результатов авторефрактометрии и скиаскопии составили 0,5-1,0 D в различных возрастных группах.

Заключение. Применение педиатрического бесконтактного авторефрактометра “Plusoptix A-09” является удобным, точным способом определения клинической рефракции глаз у детей детского возраста.

Ключевые слова: педиатрический авторефрактометр, скиаскопия, рефракционные нарушения

SUMMARY

EFFICIENCY OF THE PEDIATRIC AUTOREFRACTOMETER “PLUSOPTIX A-09” DURING THE OPHTHALMIC EXAMINATION OF THE CHILDREN WITH ASTIGMATISM

Kurbanova N. F., Hasanzadeh L.Y.

Azerbaijan State Institute for the Advanced Training of Doctors by A.Aliev, Baku.

The goal - evaluation of the effectiveness of early diagnosis using the device "Plusoptix A-09" in children with astigmatism.

Materials and method-A total of 110 children (220 eyes). Of these boys - 72 (65.4%) girls - 38 (34.6%). The median age was of 1 to 10 years. The study was conducted in patients on the unit Plusoptix A-09 with a narrow pupil, and performed with a wide skiascopy pupil.

Results and discussion- Clinical refraction in children surveyed groups on this unit corresponded investigated using skiascopy. The discrepancy between the results and autorefractometry skiascopy amounted 0,5-1,0 D in different age groups.

Aim: The goal - evaluation of the effectiveness of early diagnosis using “Plusoptix A-09” system in children with refractive disorders.

Materials and methods: A total of 110 children (220 eyes). Of these boys - 72 (65.4%) girls - 38 (34.6%). The median age was of 1 to 10 years. Patients were subdivided into the following groups: myopia - 23 eyes (20.09%), myopic astigmatism - 13 eyes (11.81%), hyperopia - 38 eyes (34.5%), hyperopic astigmatism - 26 eyes (23.06%) and mixed astigmatism - 11 eyes (10%). The study was conducted in patients on the unit “Plusoptix A-09” with a narrow pupil, and performed with a wide skiascopy pupil.

Results and discussion: Clinical refraction in children surveyed groups on this unit corresponded investigated using skiascopy. The discrepancy between the results and autorefractometry skiascopy amounted 0,5-1,0 D in different age groups.

Conclusion: The use of pediatric contactless autorefractometry “Plusoptix A-09” is a convenient, accurate way to determine the clinical refraction of the eye at the children's children.

Keywords: Pediatric autorefractometer, skiascopy, refractive disorders.

DƏM QAZI İLƏ KƏSKİN ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİN GEDİŞATINA ALKOQOL İNTOKSİKASİYASININ TƏSİRİ

Bunyatov M.O., Mikayılov Ü.S., Məmmədov Z.M.

**Azərbaycan Tibb Universitetinin Məhkəmə təbabəti kafedrası,
Bakı.**

Açar sözlər: dəm qazı ilə zəhərlənmə, tənəffüs yollarının termokimyəvi zədələnməsi, alkoqol intoksikasiyası.

Dəm qazı ilə kəskin zəhərlənmələr praktik səhiyyənin aktual problemlərindən biri olaraq qalır. Ədəbiyyatda verilən məlumata görə kəskin zəhərlənmələr içərisində dəm qazı ilə zəhərlənmələr 5-6% təşkil edir, inqalyasiya zəhərlənmələri arasında isə karbon oksidi ilə zəhərlənmələr əsas yer tutur [1, 6, 7, 8]. Göstərilən patologiyadan ölüm halları əsasən sinir, ürək-damar və tənəffüs sistemləri tərəfindən yaranan ağırlaşmalardan bağlıdır. Bu ağırlaşmaların əsas səbəbi tənəffüs yollarının termokimyəvi zədələnmələridir (TY TKZ). Dəm qazı ilə kəskin zəhərlənmələr içərisində belə zədələnmələrin payı 16-20% təşkil edir. [2, 4]. Məlumdur ki, TY TKZ-nin dərəcəsi dəm qazı ilə kəskin zəhərlənmələrin gedişini xeyli (əhəmiyyətli dərəcədə) ağırlaşdırır və proqnoza təsir edir. TY TKZ ilə xəstəxanaya yerləşdirilən zərərçəkmişlərdə 25-30% hallarda ağciyər ağırlaşmaları baş verir və onların 50%-i bu patologiyaya nəticəsində həyatını itirir. [3]. Beləliklə, TY TKZ-in ağırlığı bir çox hallarda kimyəvi zəhərlənmənin nəticəsinə təsir edir. Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, xəstəxanaların toksikoloji şöbələrinə xəstələrin təxminən 50-60%-i alkoqol sərxoşluğu vəziyyətində daxil olur [4, 5].

Hazırkı işin məqsədi alkoqol intoksikasiyası fonunda tənəffüs yollarının termokimyəvi zədələnməsi ilə ağırlaşan dəm qazından kəskin zəhərlənmələrin gedişinin xüsusiyyətlərini öyrənmək olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları Tədqiqatın materialları dəm qazından kəskin ağır zəhərlənən, TY TKZ ilə ağırlaşan və kompleks müayinələr aparılan 18 yaşından 66 yaşadək olan zərərçəkən (29 kişi, 17 qadın) üzərində müşahidələrdən ibarət olmuşdur.

Dəm qazından kəskin zəhərlənən və TY TKZ ilə ağırlaşan zərərçəkənlərin içərisində 18 nəfər (39%) alkoqol sərxoşluğu olmayanlar (I qrup-müqayisə qrupu), 28 nəfərdə isə (61%) dəm qazından zəhərlənmə alkoqol intoksikasiyası ilə müşayiət olmuşdur (II qrup-əsas qrup).

İşin yerinə yetirilməsi zamanı xəstəliyin anamnezi, xəstəxanaya qədər olan tibbi sənədlər, müalicə müəssisəsinə daxil olduğu zaman aparılan obyektiv tədqiqatların göstəriciləri, 1, 3, 5 və 10 sutka ərzində aparılan müalicə, ümumi klinik müayinələr (döş qəfəsi orqanlarının rentqenoqrafiyası, elektrokardiografiya), mütəxəssis həkimlərin (terapevt, nevropatoloq, psixiatr və s.) rəyləri təhlil olunmuşdur. Daxil olarkən və stasionar müalicənin 1-ci sutkası ərzində "Karboksihemoqlobinin və karboksिमioqlobinin miqdarının təyini haqda metodik göstərişlərə" (1974) müvafiq olaraq spektrofotometrik üsulla venoz qanda karboksihemoqlobinin miqdarının təyini aparılmışdır. Qan və sidikdə olan etanol və onun surroqatlarının miqdarı qazmayeli xromatoqrafiya üsulu ilə LXM-80 universal laboratoriya xromatoqrafında təyin edilmişdir. Alınmış nəticələrin statistik analizi, aparılan tədqiqatın tələblərinə müvafiq olaraq Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməkliliyi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Məişət şəraitində dəm qazından zəhərlənmələr tez-tez alkoqol sərxoşluğu fonunda baş verir. Hazırkı işdə 61% hallarda dəm qazından ağırlaşmış zəhərlənmələr alkoqol intoksikasiyası

fonunda keçmiş, halbuki, dәм qazı ilə ayrıca zәhәrlәnmәlәр zamanı eyni vaxtda baş verән alkoqol intoksikasiyası 1,6 dәfә az müşaiyәt olunmuşdur (39% hallarda). Tәnәffüs yollarının termokimyәvi zәdәlәнмәsi ilə ağırlaşan dәм qazından kәskin zәhәrlәnmәlәрın gedişinin ağırlıgının tәsnifatı yalnız karboksihemoqlobinemiyanın nәzәrә alınması ilə deyil, hәм dә fibrobronxoskopiyanın göstәricilәrinin nәzәrә alınması ilə tәrtib edilmişdir (cәdvәl 1).

Cәdvәl № 1.

Tәnәffüs yollarının termokimyәvi zәdәlәнмәsi ilə ağırlaşan dәм qazından kәskin zәhәrlәnmәlәрın gedişinin tәsnifatı.

Ağırlıq dәрәcәsi	Fibrobronxoskopiya	Hb CO (%) qatılıgı
Yüngül	I dәрәcә (yüngül) TY TKZ	10-15 -ә qәdәр
Orta ağır	II dәрәcә (ağır) TY TKZ	20-25 -ә qәdәр
Ağır	III dәрәcә (olduqca ağır) TY TKZ	26 vә daha yüksәk

Aparılmış tәdqiqatlar nәticәsindә müәyyән edilmişdir ki, dәм qazından zәhәrlәнән vә I qrupda müayinә edilәnlәrin venoz qanında karboksihemoqlobinin qatılıgı ilk sutkalar әrzindә 65,3% azalmışdır ki, bu da әdәbiyyatda göstәrilән nәticәlәrlә demәk olar ki, eynidir (cәdvәl 2).

Eyni zamanda alkoqol intoksikasiyası olduqda karboksihemoqlobinin dissosiasiya sürәti tәxminән 10 dәfә az olmuş- dәм qazından zәhәrlәнмәdән sonra ilk sutkalar әrzindә karboksihemoqlobinin sәviyyәsi 6,6% azalmışdır. Birinci sutkanın sonuna 2-ci qrupda olan zәрәçәkmışlәрın qanında karboksihemoqlobin, I qrup zәрәçәkmışlәрın göstәricilәrini hәqiqi olaraq 3,3 dәfә ötüb keçmişdir.

Görünür, inqalyasiya travması, tәnәffüs yollarının morfoloji dәyişikliklәri (his, intersitial vә selikli qişanın ödemi, epitelin soyulması) vә zәрәçәkmışlәрın orqanizminә oksigenin gec çatdırılması nәticәsindә I qrup zәрәçәkmışlәrdә xarici tәnәffüs funksiyasının pozulması ilə müşaiyәt olunur ki, bu da travmanın ilk günlәrindә karboksihemoqlobinin daha zәif dissosiasiyası ilə nәticәlәнir.

Cәdvәl № 2.

Dәм qazından zәhәrlәнән zәрәçәkmışlәрın venoz qanında karboksihemoqlobinin (%) miqdarının dinamikası

Tәdqiqat müddәti	I qrup (n=18)	II qrup (n=28)
Daxil olma	19,9±0,9	24,1±1,9
12 saat	12,4±1,3	22,7±2,1*
24 saat	6,9±1,6	22,5±2,3*

Qeyd: * - fәrқ dürüstдүr ($p < 0,05$).

Cәdvәl № 3.

Stasionara daxil olarkән dәм qazından kәskin zәhәrlәнән vә TY TKZ ilə ağırlaşan zәрәçәkmışlәрın qan vә sidiklәрindә aşkar olunan etanolun (q/l) miqdarı:

TY TKZ ağırlıgı	Alkoqol sәrxoşluđu olan zәрәçәkmışlәрın sayı		Etanolun (q/l) biomühitlәrdә miqdarı	
	Abs	%	Qan	Sidik
I dәрәcәli TY TKZ (n=9)	3	33,3	2,3±0,1	2,4±0,1
II dәрәcәli TY TKZ (n=16)	9	56,0	2,4±0,4	2,5±0,2
III dәрәcәli TY TKZ (n=21)	16	76,0	3,0±0,6*	3,1±0,4*
Cәmi xәstәlәр (n=46)	28	61,0	2,6±0,5	2,8±0,4

Qeyd: * - III dәрәcәli TY TKZ zәрәçәkmışlәрın I-II dәрәcәli TY TKZ zәрәçәkmışlәrdән fәrqlәнмәsi dürüstдүr ($p < 0,05$).

Alınan nәticәlәр göstәrir ki, alkoqol intoksikasiyası, tәnәffüs yollarının termokimyәvi zәdәlәнмәsi ilə ağırlaşan dәм qazından kәskin zәhәrlәнмәlәрın gedişini ağırlaşdırır. Ancaq xüsüsilik ondadır ki, ağırlaşma alkoqolun qanda

2,5%o və daha yüksək olması zamanı baş verir. Bu miqdara qədər alkoqol intoksikasiyası elə də ciddi təsir göstərmir, hətta bəzən, dəm qazından kəskin zəhərlənmələrin gedişini yüngülləşdirir. Tədqiqatların gedişində zərərçəkənlərin qan və sidiklərində etanolun miqdarı ilə inqalyasiya travmasının ağırlığı arasında bilavasitə bağlılıq müəyyən edilmişdir (cədvəl 3).

Təqdim edilən göstəricilərə əsasən, tənəffüs yollarının daha ağır zədələnməsi, zərərçəkmişlərin qan və sidiyində etanolun daha yüksək konsentrasiyası aşkar olunanda qeyd edilmişdir. Alkoqol intoksikasiyası fonunda əksər hallarda (76%) ən ağır (III dərəcə) TY TKZ qeydə alınmışdır.

Tənəffüs yollarının dərin hissələrinin zədələnməsi, daha ağır hipoksiyanın inkişaf etməsi, nəticədə karboksihemoqlobinin daha zəif dissosiasiyasına səbəb olur. Belə ki, zəhərlənmə anından sonra ilk günlər alkoqol sərxoşluğu olan zərərçəkmişlərin (qanda etanolun miqdarı 2,5%o-dən artıq) qanında karboksihemoqlobinin miqdarı alkoqol intoksikasiyası olmayan zərərçəkmişlərdən 42,2% artıq olmuşdur. Tədqiqatın gedişində alınan göstəricilərə görə alkoqol sərxoşluğu olan zərərçəkmişlərdə (qanda etanolun miqdarı 2,5%o-dən çox) tənəffüs sisteminin zədələnməsi daha ağır olmuş və tez-tez baş vermişdir. Belə ki, alkoqol intoksikasiyası olduqda respirator traktın zədələnməsinə, müqayisə qrupuna nisbətən 1,6-2,0 dəfə daha tez-tez təsadüf edilmişdir. Tənəffüs orqanlarının zədələnməsi sırasında əsas yeri kəskin bronxit və pnevmoniya tutur. Alkoqol intoksikasiyası olduqda ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası nəzarət qrupuna nisbətən təxminən 3 dəfə daha tez-tez tətbiq edilir. Alkoqol sərxoşluğu ilə müşayiət edilən və dəm qazı ilə zəhərlənən zərərçəkmişlərin ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına keçirilməsi müddəti $68,7 \pm 7,8$ s təşkil etmişdir ki, bu da müqayisə qrupundan ($48,5 \pm 4,7$ s) 1,4 dəfə tez-tez baş verir. Eyni zamanda, alınan göstəricilər ancaq qanda etanolun miqdarı 2,5%o-dən daha yüksək olduqda dürüstdür.

Alkoqol intoksikasiyası olan zərərçəkmişlərdə müqayisə qrupuna nisbətən komatoz vəziyyət (3 dəfə), görmə və eşitmə hallusinasiyası ilə müşayiət olunan psixomotor həyəcanlanmalar (2,4 dəfə) daha çox baş verir. Alkoqol sərxoşluğu olan zərərçəkmişlərin komatoz vəziyyətinin davamlılığı dövrü müqayisə qrupuna nisbətən 20 saat daha uzun müddətli olur. Miokardda aydın müşahidə olunan metabolik xarakterli dəyişikliklərin inkişafı, kardial işemiya və ürək keçiriciliyinin pozulması kimi ürək-damar fəaliyyətinin pozulması simptomları alkoqol intoksikasiyası olmayan zərərçəkmişlərə nisbətən alkoqol intoksikasiyası olanlarda 1,3-2,0 dəfə daha tez-tez təsadüf edilir.

Alkoqol intoksikasiyasının toksik prosesin gedişinin inteqral göstəricilərinə təsiri analizi göstərir ki, alkoqol sərxoşluğu ilə müşayiət olunan dəm qazından ağırlaşmış zəhərlənmələrdə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına (ACSV) keçirilməsi müddətinin davamlılığı $68,7 \pm 7,8$ s təşkil etmişdir ki, bu da nəzarət qrupu ilə ($48,5 \pm 4,7$ s) müqayisədə 1,4 dəfə daha tezdir. Eyni zamanda alınan göstəricilər yalnız qanda etanolun miqdarı 2,5%o-dən daha çox olanda dürüstdür.

Cədvəl № 4.

TY TKZ ilə ağırlaşan dəm qazından kəskin zəhərlənmələr zamanı alkoqol intoksikasiyasının toksik prosesi gedişinin integral göstəricilərinə təsiri.

İntegral göstəriciləri	Müqayisə qrupu (n=18)	Alkoqol	
		2,5 ‰-ə qədər (n=12)	2,5 ‰-dən yüksək (n=16)
ACSV tətbiqinin müddəti	48,5±4,7	49,4±5,7	68,7±7,8*
Reanimasiyada qalmanın müddəti (sut.)	7,8±0,4	7,2±0,3	9,2±0,8
Stasionarda qalmanın müddəti (sut.)	11,7±1,4	9,8±1,9	12,6±2,0
Ölümlə nəticələnmə (%)	12,5	15,3	27,1*

Qeyd: * nəzarətlə fərqlənmə dürüstdür ($p < 0,05$).

Alkoqol sərxoşluğunun TY TKZ ilə ağırlaşan kəskin zəhərlənmələrin nəticəsinin strukturuna təsiri analizi göstərir ki, zəhərlənmə ağır alkoqol intoksikasiyası ilə müşayiət edilərsə (qanda etanolun miqdarı 2,5‰-dən artıq) ölüm halı, qanında 2,5‰-dən az etanol olan zərərçəkmişlərə və müqayisə qrupuna nisbətən 2,0 dəfə daha tez baş verir.

Beləliklə, bizim tədqiqatlarla müəyyən edilmişdir ki, etanolla ağır intoksikasiya (qanda etanolun miqdarı 2,5‰-dən artıq), tənəffüs yollarının termokimyəvi zədələnməsi ilə ağırlaşan dəm qazından kəskin zəhərlənmələrin bəzi klinik sindromlarının tezlik və müddətinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. Alkoqol intoksikasiyası fonunda tez-tez tənəffüs sisteminin bronxit və pnevmoniya kimi iltihabi zədələnmələrinə təsadüf edilir; daha tez-tez komatoz hallar baş verir, xəstələr tez-tez və daha uzun müddətə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına keçirilir, tez-tez EKQ repolyarizasiya fazasında ürək-damar sistemində qeyri-spesifik dəyişikliklər və keçiriciliyin pozulması baş verir. Son nəticədə, alkoqol intoksikasiyası zamanı (qanda etanolun miqdarı 2,5‰-dən artıq) ölüm halları alkoqol sərxoşluğu olmayan zərərçəkmişlər qrupuna nisbətən 2 dəfə daha tez baş verir. Eyni zamanda yüngül və orta ağır dərəcəli (qanda etanolun miqdarı 2,5‰-dən az) alkoqol intoksikasiyası zamanı dəm qazından kəskin zəhərlənmələr daha yüngül keçir. Orta dərəcədən başlayaraq alkoqol intoksikasiyası TY TKZ ilə ağırlaşan dəm qazından kəskin zəhərlənmələrin gedişinin ağırlığını artırır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Белова М.В., Лужников Е.А. Окислительный стресс в неотложной токсикологии. Общая реаниматология, 2009, Том V, №6, с.43-45
- 2.Епифанова Н.М. Саногенетические механизмы гипербарической оксигенации при острых экзогенных интоксикациях. Гипербарич. физиол. и мед., 2007, № 4, с. 31-32
- 3.Ильашенко К.К. Токсическое поражение дыхательной системы при острых отравлениях и его лечение. Неотложная клиническая токсикология (руководство для врачей). Под редакцией академика РАМН Е.А. Лужникова -М.: «Медпрактика-М», 2007, с.66-76
- 4.Лужников Е.А., Суходолова Г.Н. Неотложные состояния при острых отравлениях. М., Медицина, 2004, 108 с.
- 5.Норма в медицинской практике. Справочное пособие под редакцией проф. Милягина В.А. М.: МЕДпресс-информ, 2009, 144 с.
- 6.Юсифли Р.М., Мамедов З.М., Алиев П.А. Meyitlərin məhkəmə-tibbi ekspertizası zamanı diaqnozların tərtib edilməsi və nəticələrin əsaslandırılmasına dair. Dərs vəsaiti, Bakı, 1999, 240s.
- 7.Stockmann H.A., Hiemstra, R.L. Extracorporeal perfusion for the treatment of acute live failure. Ann. Surg. 2008, Vol. 231, p. 460-470
- 8.Wilgis J. Strategies for providing mechanical ventilation in a mass casualty incident: distribution versus stockpiling. Respir. Care. 2008, Vol. 53, p. 96- 100

РЕЗЮМЕ

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ

**Бунятов М.О., Микаилов У.С., Мамедов З.М.
Кафедра судебной медицины Азербайджанского Медицинского
Университета, Баку.**

Материалы исследования составили клинические наблюдения и результаты комплексного обследования 46 больных (29 мужчин, 17 женщин) с острыми тяжелыми отравлениями угарным газом, осложненными термохимическим поражением дыхательных путей, в возрасте от 18 до 66 лет. Среди больных с острыми отравлениями угарным газом, осложненными термохимическим поражением дыхательных путей, было 18 (39,0%) пациента без алкогольного опьянения (группа сравнения) и у 28 (61,0%) - отравление угарным газом сочеталось с алкогольной интоксикацией (основная группа).

Проведенными исследованиями установлено, что тяжелая интоксикация этанолом (содержании этанола в крови выше 2,5 ‰) оказывала существенное влияние на частоту и длительность некоторых клинических синдромов острых отравлений угарным газом, осложненных термохимическим поражением дыхательных путей. На фоне алкогольной интоксикации с большей частотой встречались такие воспалительные поражения дыхательной системы как ирритативный бронхит и пневмония; значительно чаще развивалось коматозное состояние, больные чаще и дольше переводились на искусственную вентиляцию легких, с большей частотой встречались такие нарушения сердечно-сосудистой системы как неспецифические изменения в фазе реполяризации ЭКГ и нарушения проводимости. И, в конечном итоге, при наличии алкогольной интоксикации (содержание этанола в крови более 2,5 ‰) смертельный исход наступал в 2,0 раза чаще, чем в группе пострадавших без алкогольного опьянения.

SUMMARY

INFLUENCE OF ALCOHOLIC INTOXICATION ON THE COURSE OF SHARP POISONINGS WITH CARBON MONOXIDE

**Bunyatov M.O., Mikailov U.S., Mammadov Z.M.
Department of Forensic Medicine of the Azerbaijan Medical University, Baku**

Materials of research made clinical supervision and results of complex inspection of 46 patients (29 men, 17 women) with the sharp serious poisoning carbon monoxide complicated by thermochemical defeat of respiratory ways, aged from 18 till 66 years. Among patients with the sharp poisonings with carbon monoxide complicated by thermochemical defeat of respiratory ways, was 18 (39,0%) the patient without alcoholic intoxication (group of comparison) and at 28 (61,0%) - poisoning with carbon monoxide was combined with alcoholic intoxication (the main group).

It is established by the conducted researches that heavy intoxication ethanol (the content of ethanol in blood higher than 2,5 ‰) had essential impact on frequency and duration of some clinical syndromes of sharp poisonings with the carbon monoxide complicated by thermochemical defeat of respiratory ways. Against alcoholic intoxication such inflammatory defeats of respiratory system met bigger frequency as irritativny bronchitis and pneumonia; much more often the coma developed, patients more often and are longer were transferred to

artificial ventilation of lungs, such violations of cardiovascular system met bigger frequency as nonspecific changes in a phase of repolarization of an electrocardiogram and conductivity violation. And, finally, in the presence of alcoholic intoxication (the content of ethanol in blood more than 2,5 ‰) the deadly outcome came by 2,0 times more often than in group of victims without alcoholic intoxication.

Daxil olub: 7.10.2016.

BAKI VƏ GƏNCƏ ŞƏHƏRLƏRİNDƏ KƏSKİN KİMYƏVİ MƏNŞƏLİ EKZOGEN ZƏHƏRLƏNMƏLƏRİN STRUKTURU

Əfəndiyev İ.¹; Ələkbərov K.²

***1 saylı şəhər xəstəxanası¹ (Bakı);
Təcili tibbi yardım xəstəxanası² (Gəncə).***

Giriş. Kəskin kimyəvi zəhərlənmələr səhiyyənin aktual problemlərindən biridir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına görə yalnız 2012-ci ildə 193 min nəfər təsadüfi zəhərlənmələrdən vəfat etmişdir, bu da dünya miqyasında insanların 10,7 million sağlam həyat illərinin itirilməsi deməkdir. [1].

Müşahidələr göstərir ki, hər ölkədə unikal toksiko-epidemioloji vəziyyət yaranır və hətta bir ölkənin müxtəlif regionlarında kəskin zəhərlənmələrin strukturu nəzərəcarpan dərəcədə dəyişilə bilər [2-5].

Azərbaycanın iki ən böyük yaşayış məntəqələri olan Bakı və Gəncə şəhərlərində mövcud kəskin kimyəvi mənşəli intoksikasiyaların müasir vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədi ilə biz bu tədqiqatı yerinə yetirmişik.

Material və metodlar. 2015-ci ildə Bakıdakı 1 saylı şəhər xəstəxanasının toksikologiya şöbəsinə və Gəncə şəhərindəki Təcili tibbi yardım xəstəxanasının reanimasiya şöbəsinə stasionar müalicəyə kəskin kimyəvi mənşəli ekzogen zəhərlənmələr ilə daxil olmuş xəstələrin nozoloji strukturu müqayisəli öyrənilmişdir.

Bu dövr ərzində bizim prospektiv tədqiqat üçün seçdiyimiz kriteriyalara uyğun xəstələrin sayı Bakı şəhərində - 2204 nəfər, Gəncə şəhərində isə - 470 nəfər xəstə təşkil etmişdir. Bütün xəstələrin diaqnozları XBT-10 üzrə kodlara uyğunlaşdırılırdı. Alınan nəticələr standart kompüter formalara daxil edilib və statistik üsul ilə müqayisə olunmuşdur.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Hər iki şəhərdə kəskin kimyəvi mənşəli zəhərlənmələrin strukturu aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (cədvəl № 1). Cədvəldən görüldüyü kimi, hər iki şəhərdə ən böyük pay müxtəlif dərman preparatları ilə intoksikasiyalara məxsusdur. Bakı şəhərində bu rəqəm 823 nəfər və ya 37,3%, Gəncə şəhərində isə 132 nəfər və ya 28,1% təşkil edirdi. Dərman zəhərlənmələrinin arasında müxtəlif sedativ, antikonvulsant, antidepressant, psixotrop və XBT-10 T42/T43 rubrikalarında qeyd olunan digər neyrotrop preparatlarla intoksikasiyalar aparıcı rol oynamışdır.

Zəhərlənmələrin arasında II yerdə Gəncə şəhərində etanolla kəskin intoksikasiyalar olmuşdur (111 xəstə və ya 23,6%), Bakıda isə bu xəstələrin payı 5,6% təşkil edirdi, $p < 0,001$).

Bakı şəhərində karbon monooksid (dəm qazı) və digər zəhərli qazlarla kəskin inhalyasion zəhərlənmələr II yer tutmuşdur – 502 xəstə və ya 22,8%. Gəncədə bu xəstələrin sayı 59 olmuşdur (12,6%) $p < 0,001$.

III yerdə Gəncə şəhərində müxtəlif heyvanların zəhəri ilə intoksikasiyalar olmuşdur – 62 xəstə (13,2%). Bu qrupa daxil olan xəstələr – ilan, əqrəb, qaraqurd və buğumayaqlıların zəhəri ilə intoksikasiyalar ilə əlaqəli olmuşdur. Bakı şəhərində XBT-10 T63 rubrikasına aid olan xəstələrin payına cəmi 4,5% düşürdü ($p < 0,001$).

Bakı şəhərində kəskin kimyəvi mənşəli zəhərlənmələrin arasında III yer müxtəlif yandırıcı (korroziv) təsirə malik olan maddələr ilə inoksikasiyaların payına düşürdü – 350 xəstə və ya 15,9%-i. Gəncə şəhərində bu xəstələrin sayı 52 və ya 11,3% təşkil edirdi. Bu nozoloji qrupa daxil olan zəhərlənmələrin əksəriyyəti sirkə turşusu ilə intoksikasiyalara məxsus idi (Bakıda – 79,4%-i, Gəncədə isə - 100% xəstələr).

Cədvəl № 1.

Daxil olan toksikoloji xəstələrin nozoloji bölünməsi

№	NOZOLOGİYA (XBT-10)	BAKİ		GƏNCƏ	
		N	%	N	%
1	Dərman zəhərlənməsi (T36 – T50)	823	37,3	132	28,1
2	Narkotik maddələrlə zəhərlənmə (T40)	72	3,3	16	3,4
3	Spirtlərlə zəhərlənmə (T51)	123	5,6	111***	23,6
	<i>o cümlədən alkohol surroqatları ilə zəhərlənmə (T51.1)</i>	2		0	
4	Üzvi həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52)	95	4,3	1***	0,2
	<i>o cümlədən neft məhsulları ilə zəhərlənmə (T52.0)</i>	19		1	
	<i>o cümlədən ketonlar (T52.4) və digər həlledicilərlə zəhərlənmələr (T52.8; T52.9)</i>	76		0	
5	Halogen törəmələrin, alifatik və aromatik karbohidratların toksiki təsiri (T53)	1	0,05	0	0,0
6	Yandırıcı məhlullardan zəhərlənmə (T54, T57.2)	350	15,9	53	11,3
	<i>o cümlədən sirkə turşusu ilə zəhərlənmə (T54.2)</i>	278		53	
7	Məişət kimyasına aid maddələr ilə zəhərlənmə (T55)	2	0,1	8**	1,7
8	Metalların toksiki təsiri (T56)	1	0,05	8**	1,7
9	Qeyri-üzvi maddələrlə zəhərlənmələr (T57)	1	0,05	7**	1,5
10	Dəm və başqa qazların toksiki təsiri (T58/T59)	502	22,8	59*	12,6
	<i>o cümlədən digər qaz, tüstü və buxarların toksiki təsiri (T59)</i>	5		2	
11	Pestisidlər ilə zəhərlənmə (T60)	116	5,3	13	2,8
	<i>O cümlədən fosfor üzvi birləşmələr (T60.0); XÜB, insektisidlər və digər pestisidlər (T60.1, T60.2, T60.9)</i>	66		8	
	<i>O cümlədən rodentisidlər (T60.4)</i>	50		5	
12	Zəhərli göbələklərlə zəhərlənmə (T62.0)	18	0,8	0***	0,0
13	Zəhərli heyvanların zəhəri ilə intoksikasiya (T63)	99	4,5	62***	13,2
	<i>O cümlədən ilan zəhəri ilə zəhərlənmələr (T63.0)</i>	78		16	
	<i>O cümlədən əqrəb sancması (T63.2)</i>	4		27***	
	<i>O cümlədən qaraqurd zəhəri ilə zəhərlənmələr (T 63.3)</i>	5		0*	
	<i>O cümlədən digər buğumayaqlıların və dəqiqləşdirilməmiş zəhərli heyvanların zəhəri ilə intoksikasiyalar (T63.4, T63.8, T63.9)</i>	12		29***	
14	Digər zəhərli bitkilərlə zəhərlənmə (T62.2)	1	0,05	0	0,0
	CƏMI:	2204		470	

(*** - $p < 0,001$; ** - $p < 0,01$; * - $p < 0,5$)

Letal hadisələrin nozoloji bölünməsi

NOZOLOGİYA	BAKİ		GƏNCƏ	
	N	%	N	%
Dərman zəhərlənməsi	7	10,6	1	14,3
Narkotik maddələrlə zəhərlənmə	3	4,5	1	14,3
Spirtlərlə və surroqatlarla zəhərlənmə	1	1,5	0	0,0
Üzvi həlledicilərlə zəhərlənmələr	1	1,5	0	0,0
Yandırıcı məhlullardan zəhərlənmə	43	65,2	4	57,1
Dəm və başqa qazların toksiki təsiri	5	7,6	0	0,0
Pestisidlər ilə zəhərlənmə	4	6,1	1	14,3
İlan zəhəri ilə zəhərlənmələr	2	3,0	0	0,0
CƏMİ:	66		7	

Eyni zamanda üzvi həlledicilər ilə zəhərlənən xəstələrin sayı (XBT-10 - T52 rubrikası) Bakı şəhərində nəzərəcarpan dərəcədə çox idi ($p < 0,001$).

Suiqəsd xarakterli zəhərlənmələr Gəncədə – 187 nəfər (39,8 %), Bakıda isə – 1030 nəfər (46,7%) olmuşdur.

Stasionarda kəskin kimyəvi mənşəli zəhərlənmələrdən vəfat etmiş xəstələrin sayı Bakı şəhərində - 66 nəfər, Gəncə şəhərində isə - 7 nəfər olmuşdur. Müvafiq olaraq kəskin kimyəvi zəhərlənmələrin letallığı – 2,9% və 1,5% təşkil etmişdir. Bakı şəhərində letallığın nisbətən daha çox olması orada fəaliyyət göstərən toksikoloji şöbənin Respublika mərkəzinin statusunu daşınması və həmin tibbi müəssisəyə sanaviasiya yolu ilə ölkəmizin müxtəlif regionlarından hədsiz ağır zəhərlənmiş xəstələrin yerləşdirilməsidir. Bakıda vəfat edən xəstələrdən 32 nəfəri (48,5%) respublikanın digər regionlarının sakinləri olmuşdur.

Aşağıda təqdim edilən cədvəldə (cədvəl № 2) Bakı və Gəncə şəhərlərində kimyəvi mənşəli zəhərlənmələrdən stasionarda vəfat edən xəstələrin nozoloji strukturu verilmişdir. Göründüyü kimi, hər iki şəhərdə kimyəvi intoksikasiyalardan letallığın əsas səbəbi yandırıcı məhlullarla və xüsusən qatı 70%-li sirkə turşusu (essensiya) ilə zəhərlənmə olmuşdur (ümumi letallığın müvafiq olaraq 65,2% və 57,2%-i).

Nəticə.

Bakı və Gəncədə bir il ərzində aparılan kəskin kimyəvi zəhərlənmələrin strukturunun prospektiv müqayisəli tədqiqatı göstərmişdir ki, hər iki şəhərdə stasionara intoksikasiyalarla daxil olan xəstələrin çoxluğu müxtəlif dərman preparatları ilə zəhərlənmələr ilə əlaqəli idi. Eyni zamanda hər iki şəhərdə kəskin kimyəvi mənşəli intoksikasiyalardan stasionar letallığın əsas səbəbi – sirkə turşusu (essensiya) ilə zəhərlənmələr olmuşdur.

Profilaktik tədbirlər (məsələn, risk qruplarının arasında suiqəsd cəhdlərinə qarşı maarifləşdirici proqramlar) və təhlükəli kimyəvi maddələrin (məsələn, qatı sirkə turşusunun) sərbəst satışının qadağan edilməsi Azərbaycan Respublikasının əhalisi arasında kəskin kimyəvi mənşəli zəhərlənmə hadisələrinin sayının və onlardan ölümün azalmasına gətirə bilər.

ƏDƏBİYYAT - ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. <http://www.who.int/ipcs/poisons/en/>

2. Sorodoc V., Jaba I.M., Lionte C. et al. Epidemiology of acute drug poisoning in a tertiary center from Iasi County, Romania // Hum. Exp. Toxicol. 2011 V.30, N.12, P. 1896-1903

3. Ostapenko Y.N., Matveev S.B., Gassimova Z.M. et al. Epidemiology and medical aid at acute poisoning in Russia // Przegł Lek. 2001, V.58, N. 4, P.293-296

4. Krakowiak A., Kotwica M., Sliwkiewicz K., Piekarska-Wijatowska A. et al. Epidemiology of acute poisonings during 2003-2007 in Toxicology Unit, Department of Occupational Medicine and Toxicology, Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland. Int J. Occup. Med. Environ. Health // 2011, V. 24, N.2, p.199-207.

5. Брусин К. М., Эфендиев И. Н. Сравнительный профиль острых химических отравлений в городах Екатеринбург и Баку // Sağlamliq. 2010, N. 8, s. 118-124

SUMMARY

THE STRUCTURE OF ACUTE EXOGENOUS CHEMICAL POISONINGS IN BAKU AND GANJA CITIES

Afandiyev İ.¹ Alakbarov K.²

¹ – City Hospital #1 (Baku), ² – Emergency Hospital (Ganja).

Introduction. The aim of this study was comparative evaluation of the structure of acute chemical poisoning in Baku and Ganja cities.

Materials and methods. Prospectively was collected the database of hospitalized cases of acute poisoning in the cities of Baku and Ganja for 2015.

Results. The most common cause of poisoning in both cities was acute medication intoxication - 37.3% and 28.1%, respectively. The most common cause of mortality was the ingestion of concentrated acetic acid.

Conclusion. Educational programs among vulnerable risk groups and the prohibition of free sale of dangerous chemicals would reduce the number and mortality from acute chemical poisonings in Azerbaijan.

Daxil olub: 5.01.2017.

ABŞERON RAYONUNDA UŞAQLAR ARASINDA QURD İNVAZİYALARININ AŞKAR EDİLMƏSİNİN SOSİAL-GİGİYENİK ASPEKTLƏRİ

Rüstəmovə H.C.

Azərbaycan, Bakı şəhəri, «Nərgiz-Med» klinikası.

İnsan populyasiyasında geniş yayılmış patologiyalardan biri xəstəliklərin strukturunda dördüncü yeri tutan parazitar xəstəliklərdir [1, 2, 3]. Parazitar xəstəliklərin çoxsaylı qrupu arasında helmintozların sosial-iqtisadi və tibbi əhəmiyyəti daha böyükdür, onlar ekoloji fəlakətlər zonasında əhəlinin sağlamlığına illərlə davam edən müxtəlif təsir xüsusiyyətlərinə görə ətraf mühitin əlverişsiz təsirləri ilə müqayisə edilə bilirlər [4,5].

Helmintozlar insanların sağlamlıq vəziyyətinə, ilk növbədə uşaq orqanizminə müxtəlif patoloji təsir göstərir [6]. Helmintozların əksəriyyəti kəskin zərər yetirmir, lakin xronik şəkildə sürərək uşaqların psixi və fiziki inkişafının ləngiməsinin, yaşlı əhəlinin əmək qabiliyyətinin azalmasının səbəbi olub orqanizmin kəskin allergiyasını, immunitetin zəifləməsinə törədir, ikincili yanaşı gedən infeksiya və qeyri-infeksiya xəstəliklərinin inkişafına şərait yaradır, onların gedişini uzadır və ağırlaşdırır [1, 2].

Tədqiqat işinin məqsədi. Abşeron rayonunda uşaqlar arasında qurd invaziyalarının aşkar edilməsinin sosial-gigiyenik aspektlərini öyrənməkdir.

Tədqiqat işinin materialı və metodları. Tədqiqat işi Abşeron rayonunda məktəbəqədər uşaq müəssisələrində və məktəblərdə parazitoloji müayinə zamanı aşkar edilən, 4-15 yaşlarda qurd invaziyaları olan 185 uşaq arasında aparılmışdır. Dəfələrlə aparılan müşahidələrin və müayinələrin, uşaqların və

onların valideynlərinin ətraflı sorğusu sayəsində helmintozların müxtəlif formalarının klinik simptomları qeydə alınmışdır.

Helmintozların diaqnostikası bu üsullarla həyata keçirilmişdir: 1) nəcis yaxmalarında helmintlərin yumurtalarının aşkar edilməsi; 2) perianal büküşlərdən götürülən qaşıntılarda bizquyruq yumurtalarının aşkar edilməsi; 3) nəcisdə, qusuntu kütlələrində, qarın boşluğunda və ya düz bağırsağ nahiyəsində operativ və ya endoskopik müdaxilələr zamanı helmintlərin yumurtalarının və ya bizquyruqların vizual aşkar edilməsi. Nəcisin müayinəsi zamanı yaxma metodundan, enterobiozun diaqnostikasında isə qaşıntı metodundan istifadə edilmişdir [3,5]. Himenolepidozun diaqnostikası koproovoskopiya metodu ilə həyata keçirilmişdir. İfrazatların götürülməsi himenolipidozun törədicisinin – cırtıdan qurdun inkişaf tsiklinin xüsusiyyətləri üzündən aralarında 2-3 həftə fasilə verilməklə 3 dəfə aparılmışdır. Bu zaman təzə material (nəcis səhər götürülməli) müayinə edilməlidir. Əldə olunmuş məlumatların statistik təhlili aparılan müayinənin tələblərinə uyğun şəkildə tərtib edilmiş microsoft excel elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. İşin aparıldığı dövrdə Abşeron rayonunda məktəbəqədər uşaq müəssisələrində və məktəblərdə parazitoloji müayinə zamanı aşkar edilən, 4-15 yaşlarda qurd invaziyaları olan 185 uşaq müayinə edilmişdir. Qrupların tərkibi valideynlərin cins, yaş, sosial statusuna görə eyni deyildir. Uşaqların bu parametrlər üzrə paylanması cədvəl 1-2-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, öyrənilən parametrlər üzrə uşaqlar aşağıdakı kimi paylanmışdır:

cinslər üzrə: oğlanlar 52,9% (98 nəfər); qızlar -47,1% (87 nəfər);

yaşlar üzrə: 4-7 yaş: 105 uşaq (56,6%), qızlar -51 (58,7%), oğlanlar -54 (55,1%); 8 - 11 yaş: 44 uşaq (23,9%), qızlar - 44 (23,9%), oğlanlar - 24 (24,5%); 12-15 yaş - 36 uşaq (19,5%), qızlar - 16 (18,4%), oğlanlar - 20 (20,4%). Cəmi 185 uşaq.

Cədvəl № 1.

Uşaqların cinslər və yaşlar üzrə paylanması

Yaş	Oğlanlar		Qızlar		Cəmi	
	Müt.rəq.	%	Müt.rəq.	%	Müt.rəq.	%
4-7	54	55,1	51	58,7	105	56,6
8-11	24	24,5	20	22,9	44	23,9
12-15	20	20,4	16	18,4	36	19,5
Cəmi	98	52,9	87	47,1	185	100

Cədvəl № 2.

Uşaqların ailə statusu və yaşayış-məişət şəraiti

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi, ailə statusuna görə uşaqlar aşağıdakı qaydada paylanmışdır: tam ailələlər 153 (82,7%), natamam ailələlər - 32 (17,3%), cəmi -185. Yaşayış şəraitinə görə uşaqlar belə paylanmışdır: ayrı mənzil - 146 (78,9%), kommunal mənzillər - 34 (18,4%), yataqxana - 5 (2,7%).

Müayinə olunan uşaqların bəzi sosioloji xüsusiyyətlərinin təhlili müayinə edilənlərin ailə statusunun nisbətən qənatbəxş və yaşayış-məişət şəraitinin yaxşı olmasını deməyə əsas verir ki, bu da Bakı şəhərində orta statistik göstəricilərə uyğun gəlir. Eyni

Ailə	Müt.rəq.	%
tam	153	82,7
natamam	32	17,3
cəmi	185	100
Məişət şəraiti		
Ayrı mənzil	146	78,9
Kommunal mənzil	34	18,4
Yataqxana	5	2,7
Cəmi	185	100

zamanda onu da qeyd etmək lazımdır ki, 17,3% uşaq dağılmış ailələrdə yaşamış və bir qayda olaraq, «atalıq qayğısını» hiss etmişlər. Mənzil şəraiti 21,1% uşaqda qənaətbəxş sayıla bilməz. Qeyri-qənaətbəxş ailə statusu və əlverişsiz mənzil şəraiti helmintozların yayılmasına təkan verə bilər. Tibb kartlarının öyrənilməsi və uşaqların müayinəsinin aparılması onların somatik statusunda aşağıdakı xüsusiyyətləri aşkar etməyə imkan vermişdir. Həm birincili, həm də təkrar müayinə zamanı cəmi 185 uşaq müayinə edilmişdir. Göründüyü kimi, uşaqların 44,9%-i (83 uşaq), 3 ildən sonra təkrar müayinə zamanı: uşaqların 40,5%-i (75 uşaq) praktik sağlam olmuşdur. Analoji göstəricilər digər somatik sferalarda aşkar edilmişdir. Somatik patologiyanın xüsusi çəkisi ona görə 100%-dən yüksəkdir ki, 1 uşaqda 2 və daha çox sistemin patologiyası rast gəlmişdir.

Əldə edilən məlumatlara əsasən müayinə olunanların yarısından az hissəsi (44,9%) somatik cəhətdən praktik sağlam olmuşlar, uşaqların yarıdan çox hissəsi isə (55,1%) öz üzərlərində müxtəlif xəstəliklərin mənfi təsiri «sınamışlar». Nəzərə almaq lazımdır ki, 1 uşaqda bu və ya digər sferada müştərək somatik patologiya 2 və daha çox sistemlərdə rast gəlmişdir. Bizim nəticələr ədəbiyyat məlumatları ilə təsdiq edilir. Belə ki, son illər uşaqlarda somatik patologiyanın artması baş verir və orta məktəb məzunlarının yalnız 14%-i sağlam hesab edilə bilər [2, 4]. Əldə olunan məlumatlardan göründüyü kimi, 44,9% (83) uşaq birinci sağlamlıq qrupunu (D1); 31,4% (58) uşaq - ikinci sağlamlıq qrupunu (D2) və 23,7% (17) nəfər - üçüncü sağlamlıq qrupunu (D3) təşkil etmişlər.

Beləliklə, uşaqların müayinəsi zamanı əldə olunan məlumatlar məktəbəqədər təhsil sistemində vaxtında aşkar edilməyən sosial bərabərsizliyin geniş spektrə malik olmasını söyləməyə əsas verir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Агаев И.А., Халафли Х.Н. Состояние заболеваемости дисбактериозом кишечника инвазированных гельминтозами в г.Баку // Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана», 2008, №4, с.121-125
2. Азимова Н.М. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза и лямблиоза у детей с интоксикацией ЦНС // Сборник тезисов 4-го съезда неврологов Узбекистана. – Ташкент, 2008. – С. 167.
2. Садыкова Г.К., Ахмедова Х.Ю. Клинико-неврологическая и иммунологическая характеристика больных с судорожным синдромом при гименолепидозе и лямблиозе // Врач аспирант. – Воронеж, 2010. - № 1.(38). – С. 4-8.
3. Халафли Х.Н. Этиология кишечных паразитозов у детей в Азербайджане // Российский вестник перинатологии и педиатрии, Москва, 2013, №6, стр.80-86
4. Abdel Hamid M.M., Eljack I.A., Osman M.K., et al. The prevalence of Hymenolepis nana among preschool children of displacement communities in Khartoum state, Sudan: A cross-sectional study // Travel Med Infect Dis., 2015 Mar-Apr;13(2):172-177
5. Kilincel O., Ozturk C.E., Gun E., Uzun H. A rare case of Hymenolepis diminuta infection in a small child // Mikrobiyol Bul. 2015 Jan;49(1):135-8.
6. Kumar H., Jain K., Jain R. A study of prevalence of intestinal worm infestation and efficacy of anthelmintic drugs // Med J Armed Forces India. 2014 Apr;70(2):144-8

РЕЗЮМЕ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ В АПШЕРОНСКОМ РАЙОНЕ

Рустамова Г.Дж.

Клиника «Nargiz- Med», Баку Азербайджан

Во время проведения работы было обследовано 185 детей с глистными инвазиями в возрасте 4-15 лет, выявленных при паразитологическом обследовании в детских дошкольных учреждениях и школах Апшеронского района г. Баку. Анализ проведенных социологических характеристик наблюдаемых детей свидетельствует об их относительно удовлетворительном семейном

статусе и благоприятных жилищно- бытовых условиях проживания семей, что соответствует среднестатистическим показателям г. Баку. Жилищные условия у 21,1 % детей не могли считаться достаточно благоприятными. Не удовлетворительный семейный статус и недостаточно хорошие жилищные условия могли способствовать формированию распространению гельминтозов. Как показали полученные результаты 44,9% (83) детей - составляли первую группу здоровья (D1); 31,4% (58) детей - вторую группу здоровья (D2) и 23,7% (17) человек - третью группу здоровья (D3).

SUMMARY

SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS OF IDENTIFICATION WORM INFESTATION IN CHILDREN IN ABSHERON

Rustamova H.J.

Clinic «Nargiz- Med», Baku, Azerbaijan

During the operation it was examined 185 children with parasitic infestation at the age of 4-15 years, revealed by parasitological examination in kindergartens and schools of Absheron district of Baku. The analysis of the sociological characteristics of the observed children shows their relatively satisfactory marital status and supportive housing and living conditions of families living, which corresponds to average indicators of Baku. Living conditions in 21.1% of children can not be considered favorable. Not a satisfactory marital status and lack good housing can promote the formation of the spread of helminth infections. As shown by the results of 44.9% (83) children - were the first group of health (D1); 31.4% (58) children - a second group of health (D2) and 23.7% (17) people - a third health group (D3).

Daxil olub: 18.11.2016.

LYAMBLIOZLA BİRGƏ TƏSADÜF OLUNAN VİRUSLU B HEPATİTİ İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ İMMUNITETİN BƏZİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Axundova T.İ.

Azərbaycan, Qazax şəhəri, Qazax Mərkəzi xəstəxanası.

Parenteral hepatitlər, o cümlədən kəskin viruslu B hepatiti (VBH) Respublikada infeksiyon patologiyanın aktual problemlərindən sayılır [1, 2, 3]. Xəstələrin bu qrupunda kəskin qaraciyər ensefalopatiyasının inkişaf etməsi müşayiət olunan, yüksək letallığa malik xəstəliyin ağır fəsadlaşmış formalarının tezliyi, uzun sürən və xronik formalarının yaranması tədqiqatçıların diqqətini VBH-nin müalicəsində effektiv dərman preparatlarının axtarışına yönəlmişdir. Bununla belə məlumdur ki, VBH-nin ağırlıq dərəcəsinə, proqnozuna və nəticələrinə yanaşı gedən müxtəlif xəstəliklər - onların arasında parazitar invaziyalar mühüm yer tutur - az təsir göstərmir [4,5,6].

Respublikada xəstələr arasında VBH-nin geniş yayılması xəstəliyin klinik gedişinə, proqnozuna və nəticələrinə bu parazitoloziyanın təsirinin öyrənilməsinin aktuallığını şərtləndirmişdir.

Tədqiqat işinin məqsədi: lyambliozla birgə təsadüf edilən viruslu B hepatiti ilə xəstələrdə immunitetin bəzi göstəricilərinin müqayisəli qiymətləndirilməsidir.

Tədqiqat işinin material və metodları. Qarşıya qoyulan vəzifələrə uyğun olaraq 3 müşahidə qrupu seçilmişdir: 1-ci müşahidə qrupuna – lyambliozun qabarıq nəzərə çarpan, uzun müddət sürən klinik forması və xronik viruslu B hepatiti olan 59 pasiyent daxildir, 2-ci müşahidə qrupuna - lyambliozu olmayan və VBH-nin erkən, başlanğıc mərhələləri olan 48 pasiyent, kontrol müşahidə qrupuna - VBH və lyambliozu olmayan, praktik sağlam əhali daxildir.

Xəstələrin hamısında standart (bakterioloji, biokimyəvi, klinik və s.) müayinələr aparılmışdır, həmçinin hüceyrə immunitetinin CD3 göstəricilərinə görə monoklonal əksicisimlərdən istifadə etməklə (T-limfositlərin ümumi özüyi), CD4 (B-limfositlərin populyasiyasından T-hel), CD4/CD8 nisbətində görə immuntənziqləmə indeksinin (İTİ), NGT-testin (nitrogöy tetrazol reaksiyasında NFA-nin təyin edilməsinə görə aparılan test) göstəricilərinə görə neytrofillərin funksional aktivliyinin (NFA) təyin edilməsi üçün venoz qan götürülmüşdür. Müayinə olunan pasiyentlərin orqanizminin yerli immunitetinin vəziyyətini xarakterizə etmək üçün immunoloji baxımdan daha informativ olan sekretor sIgA immunoqlobulinin lizosiminin təyin edilməsi metodlarından istifadə edilmişdir. İmmunqlobulinlərin kəmiyyətə təyin edilməsinin əsasını presipitasiya halqalarının ölçülməsi təşkil edir ki, onlar tədqiq edilən substratın əvvəlcədən monospesifik zərdablının dispersiya edildiyi aqar qatında oyulmuş yuvacıqlara daxil edilməsindən sonra əmələ gəlir. Təcrübənin standart şəraitində presipitasiya halqalarının diametri tədqiq olunan sIgA immunoqlobulinin qatılığı ilə düz mütənasibdir. İmmunqlobulinin qatılığı dərəcələnməmiş qrafik üzrə 0,003 q/l dəqiqliklə təyin edilmişdir. Normada ağız suyunda sIgA səviyyəsi 50-60 q/l həddində olur.

Diaqnoz epidemioloji və anamnez məlumatlarının kompleks təhlilinin nəticələrinə, xəstəliyin klinik təzahürlərinə və laborator müayinələrin məlumatlarına əsaslanır. Viruslu B hepatitinin verifikasiyası HDV markerlərinin mənfi nəticələrində HBV (HBsAg, HBeAg, IgM anti-HBc i anti-HVe) markerlərinin təyin edilməsi yolu ilə aparılmışdır. Lyamblioz diaqnozu koproovoskopik müayinə metodu ilə təsdiq edilmişdir. Əldə olunan məlumatların statistik təhlili aparılan tədqiqat işinin tələblərinə uyğun olaraq tərtib edilmiş Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Spesifik sIgA immunoqlobulin xarici zülal qıcıqlanmasına, yəni lyambliozun törəcisinin daxil olmasına qarşı immun cavabın dərəcəsini əks etdirən göstəricidir. Ağız suyunda sIgA –nin 50 q/l-dən artıq səviyyəsi yerli immun sistemin normal fəalliyətini göstərir, onun 30-50 q/l həddinə qədər azalması adətən geriyədənən xarakter daşıyır və immunkorreksiyanın təsiri altında sürətlə bərpa olunur, sIgA-nin 30 q/-dən aşağı səviyyəsi isə ağır immundefisit zamanı müşahidə olunur ki, bu da uzun müddətli və spesifik reabilitasiya tədbirlərini tələb edir. Ağız suyunda sIgA-nin səviyyəsinin təyin edilməsi pasiyentlərin müşahidə qruplarında onun eynicinsli olmadığını göstərir (cədvəl 1).

Ağız suyunda sIgA spesifik immunoqlobulinin miqdar göstəricilərinə görə daha əlverişli vəziyyət VBH olmayan pasiyentlərin 3-cü qrupunda müşahidə edilir, onların əksər hissəsində $-75,0 \pm 6,4\%$ -də o, 50 q/l-dən çox, yəni norma həddində olmuşdur. Lakin «immunçatışmazlıq vəziyyətlərindən sağlam» hesab edilən bu qrupda orqanizmdə gələcək infeksiya-iltihabi proseslərin xəbərdaredici əlamətlərinin olmasıdır. Bunu o təsdiq edir ki, pasiyentlərin $15,0 \pm 2,8\%$ -də sIgA-nin miqdarı aşağı, 30-50 q/l səviyyəsində ($\chi^2=31,42$; $p<0,02$), pasiyentlərin $10,0 \pm 6,5\%$ -də isə hətta 30 q/l-dən aşağı olmuşdur ($\chi^2=1,84$; $p>0,05$).

Pasiyentlərin 2-ci qrupunda sIgA-nin səviyyəsi normada (> 50 q/l) olan halların sayı xeyli azalır – $16,0 \pm 5,3\%$ ($\chi^2=15,36$; $p<0,01$), eyni vaxtda sIgA-nin miqdarı aşağı ($30-50$ q/l) olan halların sayı artır – $45,0 \pm 7,1\%$ ($\chi^2=0,46$; $p>0,05$). Bu qrupda sIgA-nin miqdarı çox aşağı (<30 q/l) olan halların sayı da əhəmiyyətli dərəcədə artır – $39,0 \pm 7,0\%$ ($\chi^2=14,21$; $p<0,01$).

Cədvəl № 1.

Pasiyentlərin müxtəlif qruplarında ağız suyunda sIgA immunqlobulinin miqdarına dair məlumatlar

Pasiyentlərin qrupları	Pasiyentlərin sayı	sIgA miqdarının tezliyi					
		<30 q/l		30-50 q/l		>50 q/l	
		müt.	%	müt.	%	müt.	%
1-ci qrup	59	28	47,0±6,5	24	40,0±6,3	7	11,0±4,4
2-ci qrup	48	18	39,0±7,0	22	45,0±7,1	8	16,0±5,3
3-cü qrup	45	4	10,0±6,5	7	15,0±2,8	34	75,0±6,4
cəmi	152	50	32,0±3,7	53	34,0±3,7	49	34,0±3,7

Pasiyentlərin 1-ci qrupunda digər qruplardan fərqli olaraq sIgA-nin miqdarı normal (>50 q/l) olan halların sayı o qədər yüksək deyildir – $11,0 \pm 4,4\%$ ($\chi^2=16,28$; $p<0,01$). sIgA-nin miqdarı aşağı ($<30-50$ q/l) olan halların sayı, demək olar ki, pasiyentlərin 2 və 3-cü qrupunda olduğu kimi eynidir və $40,0 \pm 6,3\%$ təşkil edir ($\chi^2=1,28$; $p>0,05$), lakin əvəzində sIgA-nin miqdarı çox aşağı (<30 q/l) olan halların sayı üstünlük təşkil edir – $47,0 \pm 6,5\%$ ($\chi^2=18,42$; $p<0,01$).

Əldə edilən məlumatlar göstərir ki, VBH və lyambliozu olmayan kontrol qrupdakı pasiyentlər arasında lizosimin fəallıq göstəriciləri normadadır ki, bu da 61-70% təşkil edərək əksər pasiyentlər üçün səciyyəvidir və pasiyentlərin $60,0 \pm 7,2\%$ -də müşahidə olunur. 70%-dən yuxarı səviyyə müayinə edilənlərin xeyli çox hissəsində aşkar edilmişdir – $22,0 \pm 6,2\%$. Bu nisbəti biz tamamilə təbii hal hesab edirik. Məsələ burasındadır ki, lizosimin fəallaşması ağız boşluğunda müəyyən həcmdə (sayda) mikroorqanizmlərin toplanması zamanı baş verir və onun səviyyəsi 70%-dən yuxarı qalmağa başlayır, adi şəraitdə isə onun səviyyəsi 61-70% həddində qalır. Bununla yanaşı onu qeyd etmək lazımdır ki, əhalinin müəyyən hissəsi üçün immunçatışmazlıq vəziyyəti səciyyəvidir, belə ki, pasiyentlərin kontrol qrupunda $15,0 \pm 2,8\%$ halda lizosimin fəallığı 51-60%, $3,0 \pm 2,4\%$ halda 41-50% həddində olmuşdur.

Əldə olunan məlumatlar onu təsdiq edir ki, lyamblioz həqiqətən orqanizmin immun sistemini zəiflədir və bu, onun əsas markerinin – lizosimin fəallığında öz əksini tapır. Pasiyentlərin 1-ci qrupunda, hansı ki, onlara uzun müddət sürən lyamblioz və xronik viruslu B hepatiti səciyyəvidir, yalnız $5,0 \pm 2,8\%$ halda lizosimin 70%-dən yüksək fəallığı müşahidə edilir və demək olar ki, eyni hallarda – $8,0 \pm 3,5\%$ onlar 61-70% həddində qalır. Lizosimin 41-50% səviyyəsinə-də fəallığı $40,0 \pm 6,3\%$ halda müşahidə edilmişdir.

Ağız suyunda spesifik sIgA immunqlobulinin miqdar göstəriciləri orqanizmin yerli immun sistemində dəyişikliklərin olduğunu göstərir. sIgA-nin miqdar göstəricilərində ən qeyri-qənatbəxş vəziyyət pasiyentlərin 1-ci qrupunda müşahidə edilir. Digər qruplardan fərqli olaraq, bu qrupda sIgA-nin miqdarı normal olan halların sayı o qədər də çox deyildir. Orqanizmin immun funksiyasına VBH-nin ağırlaşdırıcı təsiri xəstəliyin klinik mənzərəsinin mərhələli inkişafı zamanı təzahür etməyə başlayır.

Lyambliozun daha qabarıq, uzun sürən klinik forması və xronik viruslu B hepatiti ilə xəstə olan pasiyentlərin 1-ci müşahidə qrupunda xəstəliyin şiddətlənmə dövrü periferik qanda T-limfositlərin CD3+ ($1,38-1,65$ dəfə), CD4+ və CD8+-

subpopulyasiyalarının miqdar göstəricilərinin kəskin azalması (müvafiq olaraq 1,30–1,40 dəfə və 1,45–1,70 dəfə), həmçinin CD20+ limfositlərin bir qədər azalması (1,25–1,35 dəfə) ilə səciyyələnir. Qanda immunitetin hüceyrə göstəricilərinin belə dəyişikliklərin immunologiyada «ikincili immunçatışmazlıq» kimi adlandırılması qəbul edilmişdir. Bu dövrdə qanda hüceyrə immunitetinin göstəricilərinin azalması immun iltihabın inkişaf etməsi ilə assosiasiya edir ki, bu da epitel qişanın, mədənin, nazik və yoğun bağırsağın selikli qişasının əsil birləşdirici qatının limfoid elementləri ilə intensiv infiltrasiyası ilə səciyyələnir. Yəni periferik qanda müəyyən edilən «ikincili» immunçatışmazlıq yalnız yerli immun reaksiyanın baş verməsi üçün limfoid elementlərinin qanla mədənin və bağırsağın selikli qişasının toxumaları arasında paylaşdırılması prosesinin təzahürü sayılır, lakin heç də bütöv orqanizmdə bu hüceyrələrin ümumi kütləsinin azalmasının göstəricisi deyildir. Bu belə hesab etməyə əsas verir ki, bu halda «ikincili» immunçatışmazlığın inkişafı haqqında fikirlər həqiqətə uyğun deyildir və hüceyrə immunitetinin göstəricilərinin azalması infeksiyanın erkən inkişaf dövründə yalnız immun sistemin normal reaksiyasının əksi sayılır.

Lyambliozu olmayan və erkən, başlanğıc mərhələlərdə VBH olan pasiyentlərin 2-ci müşahidə qrupunda CD4+-nin CD8+- limfositləri üzərində üstünlük təşkil etməsi nəzərə çarpır ki, bu da İTİ-nin 1,12–1,20 dəfə yüksəlməsinə imkan verir. NGT-testdə göstəricilərin 2,5–3 dəfəyə qədər artması kəskin infeksiya prosesinin erkən inkişaf dövründə neytrofillərin maksimal induksiyasını göstərir. Bu, orqanizmin daxili mühitinə VBH-nin antigeninin daxil olmasına qarşı immunitet sisteminin faqositar həlqəsinin sürətli və yüksək dərəcədə cavab reaksiyasını əks etdirir. Elə həmin dövr hüceyrə immunitetinin spesifik həlqəsinin intensiv fəallığının başlanması ilə səciyyələnir - qanda ASL və AGs (ASL-antistreptolizin, AGs- streptokok antigeni) miqdarı 6–8%-ə qədər yüksəlir ki, bu da sağlam şəxslərdə normanın yol verilən yuxarı həddindən 3 dəfədən çoxdur.

Erkən rekonvalessensiya dövründə pasiyentlərin 1-ci qrupunda periferik qanda CD3+-, CD4+- və CD8+- limfositlərin göstəricilərinin subnormal səviyyəyə qədər tədricən yüksəlməsi baş verir. CD8+- limfositlərin göstəricilərinin artması intensivliyinin üstünlük təşkil etməsi sayəsində İTİ-nin kontrol qrupda olan şəxslərə nisbətən aşağı qiymətlərə qədər azalması nəzərə çarpır, yəni şiddətlənmə dövrünün immun reaksiyasının «helper» xarakteri «supressor» forma ilə əvəz edilir. Qanda T-limfositlərin populyasiyalarının və subpopulyasiyalarının kəmiyyətə miqdarının bərpa olunması zaman etibarilə limfositlərin qandan miqrasiyasının intensivliyinin xeyli azalması və epitel qatın, mədə-bağırsağın selikli qişasının spesifik qatının limfoid sırası hüceyrələri ilə infiltrasiyası dərəcəsi ilə üst-üstə düşür. Eyni zamanda mədənin və bağırsağın selikli qişasında B-limfositlərin antitelhasil edən plazmatik hüceyrələrə blast -transformasiyası prosesi işə düşür və intensivliyi artır. B-limfositlərin plazmatik hüceyrələrə uzun müddətli blast-transformasiyası prosesinin uğurla realizasiyası B-limfositlərin qandan selikli qişanın toxumalarına daimi və intensiv miqrasiyası sayəsində baş verir. Erkən rekonvalessensiya dövründə get-gedə periferik qanda B-limfositlərin miqdarının 1,40-1,53 dəfə azalması bunun təzahürü sayılır, göstəricilərin bir qədər azalması hətta gec rekonvalessensiya dövrünün sonunda da saxlanır. Beləliklə, klinik sağalma dövrünə qədər mədənin, nazik və yoğun bağırsağın selikli qişasında antitel əmələ gəlmə prosesi kifayət qədər yüksək intensivliyini qoruyub saxlayır. Artıq erkən rekonvalessensiya dövründə neytrofillərin göstəricilərinin NGT-testdə subnormal həddə qədər kəskin azalması orqanizmin daxili mühitinin selikli qişası vasitəsilə lyambliyaların və onların antigenlərinin persistensiyası sayəsində mədənin və bağırsağın selikli qişasının baryer-müdafiə mexanizmlərinin morfoloji blokadası ilə uzlaşır. Xəstəliyin şiddətlənmə dövründə yüksək olan ASL və Ags

göstəriciləri erkən rekonvalessensiya dövründə daha yüksək rəqəmlərə - 10-16%-ə çatırlar ki, bunu məntiqli olaraq daha çox immun cavabın– infeksiya prosesin kəskin gedişi zamanı erkən dövrdə faqositar həlqənin işə salma mexanizminin yüksək fəallığı ilə əlaqələndirmək lazımdır.

Gec rekonvalessensiya dövründə qanda viruslu hepatitlərin əksicisimlərinin miqdarının bir qədər yüksək (4-5%) olması, qanda B-limfositlərin miqdarının bir qədər aşağı göstəriciləri mədənin və bağırsağın selikli qişasında intensiv antitel əmələgətirmə prosesinin morfoloji sutstratı ilə birlikdə bu fikri obyektiv təsdiq edir ki, klinik sağalma anınadək immunoloji «sağalma» hələ baş vermir.

Beləliklə, lyambliozun klinik forması və xronik viruslu B hepatiti olduqda hüceyrə immunitetinin və mədə-bağırsaq yolunun selikli qişasında immun iltihab göstəricilərinin dəyişməsi dinamikası immun sistemin normal reaksiyasını səciyyələndirir və qətiyyən xəstələrin orqanizmində ikincili immunçatışmazlığın inkişafının göstəricisi deyildir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Быстрова Т.Н., Блохин К.В., Макарова Т.Г. Динамика клинического течения гепатита А в зависимости от интенсивности эпидемического процесса / Идеи Пастера в борьбе с инфекциями: Материалы конференции, СПб., 2007, с.76
2. Крамарь Л.В., Резников В.Е., Крамарь О.Г. Распространенность лямблиоза среди жителей Волгограда // Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2008, №4, с.38-39
3. Крыга Л.И., Платошина О.В., Богданов Х.У. Эпидемиологическая характеристика очагов хронических гепатитов В и С. // Идеи Пастера в борьбе с инфекциями: Материалы конференции, СПб., 2007, с.78
- 4.Alter H.J., Holland P.V., Purcele R.H. Viral hepatitis. Light at the end of the tunnel // JAMA., 2009, Vol. 299, №3, P. 293-294
- 5.Boyd William P., Bachman Barbara A. Gastrointestinal infections in the compromised host // Med. Clin. N. Amer., 2010, Vol. 66, № 3, P.743-753
- 6.Burness B. W., Beach M. J., Roberts J. M. Giardiasis surveillance United States // Morbidity & Mortality Weekly Report, 2007, Vol. 49, № 7, P.113

РЕЗЮМЕ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «В» В СОЧЕТАНИИ С ЛЯМБЛИОЗОМ

Ахундова Т. И.

Казахская Центральная больница , г. Казах, Азербайджан.

Проведенными исследованиями изучена сравнительная оценка некоторых показателей иммунитета у больных с вирусным гепатитом В в сочетании с лямблиозом. Приведенные данные показали, что наличие лямблиоза оказывает угнетающее действие на иммунную систему организма, что находит отражение в изменении активности лизоцима. У пациентов 1-й группы, у которых отмечается длительно протекающей лямблиоз и хронический вирусный гепатит В, лишь в 5,0±2,8% случаев наблюдается значение лизоцима активностью более 70% активность, в 8,0±3,5% случаев показатели варьируют в пределах 61-70%. В 40,0±6,3% случаев отмечалась активность лизоцима на уровне 41-50%. Полученные данные показали, что при клинической форме лямблиоза и наличия хронического вирусного гепатита В динамика последовательных изменений показателей клеточного иммунного ответа и воспаления в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта соответствует по характеру нормальной реакции иммунной системы и не свидетельствует о развития вторичного иммунодефицита в организме пациентов с вирусным гепатитом В.

SUMMARY

COMPARATIVE ASSESSMENT OF SOME INDICATORS OF IMMUNITY IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS "B" IN COMBINATION WITH GIARDIASIS**Akhundova T.I.****Kazakh Central Hospital, Gazakh, Azerbaijan.**

The lead researches studied comparative evaluation of some indicators of immunity in patients with viral hepatitis B in combination with giardiasis. The data showed that the presence of giardiasis has a depressing effect on the body's immune system, which is reflected in the change of lysozyme activity. Patients in Group 1 who observed long flowing giardiasis and chronic viral hepatitis B, only $5,0 \pm 2,8\%$ of cases observed value of the lysozyme activity of more than 70% of activity in the $8,0 \pm 3,5\%$ of cases indicators vary within 61-70%. In $40,0 \pm 6,3\%$ of cases observed lysozyme activity at the level of 41-50%. The data showed that the clinical form of giardiasis and the presence of chronic hepatitis B dynamics of successive changes of cellular immune response and inflammation in the mucous membrane of the gastrointestinal tract corresponds to the nature of the normal response of the immune system and are not indicative of the development of secondary immunodeficiency in the body of patients with viral hepatitis B.

Daxil olub: 18.11.2016.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ МИКОЗОВ КОЖИ В РАЙОНАХ МАЛОГО КАВКАЗА АЗЕРБАЙДЖАНА**Фараджев З.Г., Амирова И.А., Ахмедова С.Д.,
Балакишиева Ф.И., Ахмедов И.А., Алиева С.А.*****Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра
дерматовенерологии, Баку.***

Ключевые слова: кератомикоз, Малый Кавказ, интенсивный показатель, дерматомикозы.

В современной дерматологической практике отмечается тенденция к увеличению числа больных с микотическими поражениями кожи и ее придатков(1). Росту заболеваемости грибковой инфекцией способствует возрастающая прослойка населения с компрометированной иммунной системой и тяжелой соматической патологией (иммунодефицит при ВИЧ-инфекции, паранеопластические процессы, длительный прием иммуносупрессивных препаратов, эндокринопатии, метаболические и инфекционные заболевания)(2,3). Нарушения гемодинамики при заболеваниях сосудов и вен, патология суставов (остеоартроз, hallus valgus), постоянная травматизация кожи, избыточная потливость, сухость кожи, приводящие к снижению защитных свойств кожного барьера, также активно способствуют заболеваемости дерматомикозами(4,5).

В структуре грибковых заболеваний кожи и ее придатков преобладают дерматофитии (выявляются у 10% населения Земли). Данные микроорганизмы не могут использовать для своего питания углекислый газ из воздуха и

поэтому нуждаются в готовых органических веществах. Оптимальным питательным субстратом для них служит кератин, который в больших количествах содержится в роговом слое кожи и ее придатках(6).

В повседневной клинической практике дерматолог наиболее часто сталкивается с поверхностными микозами кожи (ПМК) и ее придатков, в которую входят следующие заболевания: разноцветный лишай, дерматофитии волосистой части головы, гладкой кожи лица, туловища, складок, кистей, стоп, ногтей и кандидоз кожи. Основными возбудителями ПМК являются дерматофиты трех основных групп – Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton и составляют около 70% от всех возбудителей. Грибы рода Candida spp., Malassezia furfur и Trichosporon spp., вызывают ПМК приблизительно в 20% случаев, Eophiala spp., Fusarium spp. и др. – менее чем в 10%, мицелиальные (плесневые) грибы – около 5%(7,8).

В последние годы в районах Малого Кавказа Азербайджанской Республики отмечается отчетливое повышение распространенности ПМК в различных популяциях. В связи с этим, важное значение имеет клинико-эпидемиологическое исследование ситуации, с целью совершенствования медико-социальной помощи больным.

Цель исследования – изучить эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости поверхностными микозами кожи (ПМК) и ее придатков в районах - Дашкесан, Гедабек, Гянджа, Ходжаванд Малого Кавказа Азербайджана за период с 2000-2011гг.

Материалы и методы исследования Проведен ретроспективный анализ заболеваемости ПМК в южном регионе Азербайджана за период с 2000 по 2011 гг. по данным формы государственного статистического наблюдения № 9 (“Сведения о заболеваниях, передаваемых половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесотке”), утвержденной постановлением Азербайджанской Государственной Статистической комиссии от 04.12.2000г. № 72/5.

Детальное эпидемиологическое исследование заболеваемости ПМК за анализируемый период, включало данные обращаемости, профилактических осмотров, госпитализации, работу с текущей и архивной документацией в городском кожно-венерологическом диспансере №1, республиканском кожно-венерологическом диспансере и республиканском детском кожно-венерологическом диспансере №3 Азербайджанской Республики по следующим районам Малого Кавказа Азербайджана: Дашкесан, Гедабек, Гянджа, Ходжаванд.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента. Диагнозы устанавливались после лабораторной (микроскопической) верификации возбудителя микоза.

Рассчитаны интенсивные показатели заболеваемости ПМК, ИП – 152% посещаемости населения.

Результаты исследования и заключение Заболеваемость ПМК позволило установить, что в течение 2000 по 2011 гг. на территории Малого Кавказа Азербайджана в районах Дашкесан, Гедабек, Гянджа, Ходжаванд наблюдается ПМК, наивысший пик заболеваемости зафиксирован в 2005 году – 17,07% (88 пац.); 9,76%(50пац.)- в 2008 и в 2010 годах; 19,51% (100 пац.) – в 2011 год (рис.1).



Рис.1. Встречаемость ПМК в районах Малого Кавказа Азербайджана (на 100.000 населения).

Встречаемость ПМК по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме на 100.000 населения за исследуемый период, повторяет тенденцию пиковых всплесков в 2005, 2008, 2010, 2011 годах.

При распределении больных по половому фактору зафиксировано преобладание женского пола - в 1,4 раза, по сравнению, с мужским.

Анализируя заболеваемость ПМК по возрастным признакам, следует отметить, что средний возраст пациентов 25 лет, при возрастном аспекте от 1 года до 82 лет. Наибольшее количество пациентов с диагнозом ПМК зафиксировано в возрастных группах 21-30 лет и 11-20 лет, что составляет 39,02% (202 пац.) и 21,95% (114 пац.) соответственно.

Продолжая клинический анализ заболеваемости дерматомикозами кожи и ее придатков по нозологиям, составляющим группу ПМК, преимущественное количество пациентов зарегистрировано с диагнозом разно-цветный лишай 31,71±7,27% (164 пац.), что соответствует, наиболее подверженному данному дерматомикозу контингенту пациентов в возрастной группе от 21 до 30 лет, составляющему 39,02% (202 пац.). По убывающей отмечена следующая тенденция: микоз стоп и онихомикоз в равных долях по 14,63±5,52% (76 пац.); сочетанное микотическое поражение волосистой части головы и гладкой кожи у 12,20±5,11%(63пац.); изолированное поражение волосистой части головы у 9,76±4,63%(50 пац.); а также паховая эпидермофития и изолированное микотическое поражение гладкой кожи в равных долях по 7,32±4,07%(39 пац.); реже диагностировалась инфильтративно-нагноительная форма трихомикозов у 2,44±2,41%(13 пац.) (рис.2).

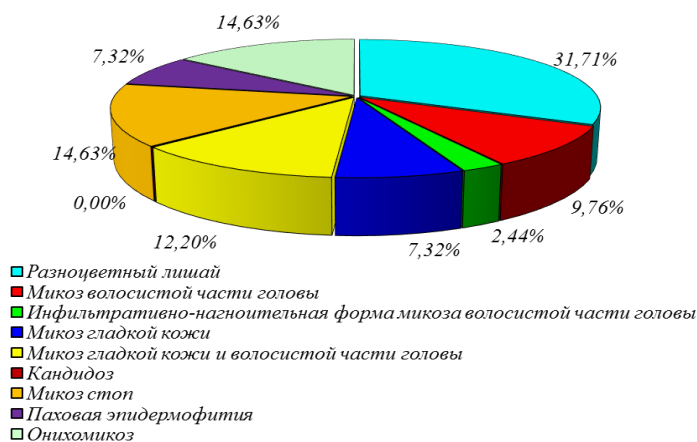


Рис.2. Структура заболеваемости по диагнозам, входящим в группу ПМК в районах Малого Кавказа.

Наиболее высокая подверженность кератомикозам (разноцветный лишай) связана с умеренно-теплым климатом, с засушливой зимой в районах Малого Кавказа Азербайджана.

Результаты эпидемиологического анализа позволили

также рассчитать интенсивный показатель (ИП): ИП1 - заболеваемости ПМК на 100.000 населения, а также ИП2 - по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме на 100.000 населения.

ИП1 заболеваемости ПМК за исследуемый период варьировал и был самым высоким в 2011 году - 1,635±0,578%; соответственно ИП2 -

0,380±0,134%. В 2005 году ИП1 – 1,495±0,565%; ИП2 – 0,363±0,137%, в 2008 и 2010 годах интенсивные показатели одинаковы и соответствовали ИП1 – 0,825±0,412%; ИП2 – 0,189±0,094%, что совпадает с пиковой тенденцией посещаемости в эти годы. Это указывает на низкую обращаемость населения с ПМК и неоднозначную активность дерматовенерологической службы по выявлению ПМК у больных, обратившихся в мед. учреждения.

Частота выявления ПМК на фоне других дерматозов, как и по посещаемости наиболее высокая в Гедабеке, затем следуют районы: Гянджа, Дашкесан, Ходжаванд.

Выводы Проведенный ретроспективный анализ заболеваемости микозами кожи и ее придатков в районах Дашкесан, Гедабек, Гянджа, Ходжаванд Малого Кавказа Азербайджана за период с 2000-2012гг. показал вариабельность эпидемиологической ситуации за весь исследуемый период. ИП1 заболеваемости ПМК (на 100.000 населения) в изучаемом регионе составил – 0,616±0,114%, ИП2 по посещаемости на общем амбулаторном и стационарном приеме (на 100.000 населения) составил - 0,152±0,028%. Лидирующее место занимает кератомикоз (разноцветный лишай) - 31,71±7,27% (164 пац.)и, как следствие, в связи с эстетической проблемой данного заболевания превалировала обращаемость среди женщин (58,54% - 304 пац.). Учитывая, что выявляемость дерматомикозов была неоднозначной, хотелось бы отметить важность интегрированной работы дерматовенерологов, сотрудников санитарно-эпидемиологической службы по профилактике распространения дерматомикозов, в частности в Ходжавенде и Дашкесане. Безусловно, число пациентов с ПМК значительно выше, однако в результате предварительного самолечения и низкого уровня лабораторного подтверждения инфекции число обратившихся за медицинской помощью в дерматовенерологические учреждения гораздо меньше. Таким образом, истинная заболеваемость ПМК выше официально регистрируемой. В современных социально-экономических условиях, с учетом климатических условий умеренно-теплого климата, с засушливой зимой в районах Малого Кавказа Азербайджана, необходима система комплексного обследования больных дерматомикозами (включающая культуральное и микроскопическое исследования), своевременное выявление источников и контактов больных с проведением целенаправленных профилактических мероприятий.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Соколова Т.В., Малярчук А.П., Малярчук Т.А. Клинико-эпидемиологический мониторинг поверхностных микозов в России и совершенствование терапии. //Русский медицинский журнал. 2011; 19(21): 1327 – 32.
- 2.Белоусова Т.А., Горячкина М.В., Грязева Т.М. Принципы наружной терапии дерматозов сочетанной этиологии. //Совс Med (Дерматология) 2011; 2: 16 – 20.
- 3.Borelli C., Korting H.C., Bödeker R.H., Neumeister C. Safety and efficacy of sertaconazole nitrate cream 2% in the treatment of tinea pedis interdigitalis: a subgroup analysis. //Cutis 2010; 85: 2: 107 – 111.
- 4.Котрехова Л.П. Диагностика и рациональная терапия дерматозов сочетанной этиологии. //Consilium Medicum (приложение «Дерматология») 2010; 4: 6 – 11.
- 5.Zhan G., Perez – Perez G.I., Chen Yu., Blaser M.J. Quantitation of Major Human Cutaneous Bacterial and Fungal Populations. //J Clin Microbiol 2010; 48: 10: 3575 – 3581.
- 6.Sharma A., Saple D.G., Surjushe A. et al. Efficacy and tolerability of sertaconazole nitrate 2% cream vs. miconazole in patients with cutaneous dermatophytosis. //Mycoses 2011; 54: 3: 217 – 222.
- 7.Грибанова Т.В. Дерматозы крупных складок: диагностика, клиника, рациональная наружная терапия. //Клиническая дерматология и венерология. 2010; 1: 40 – 4.
- 8.Елинов Н.П., Васильева Н.В., Разнатовский К.И. //Дерматомикозы или поверхностные микозы кожи и ее придатков – волос и ногтей. Лабораторная диагностика. Пробл мед микол 2008; 10: 1 : 27 – 34.



* SƏHIYYƏNİN TƏŞKİLİ *
* ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *
* HEALTH ORGANIZATION *

AZƏRBAYCANDA SKOLIOTİK DEFORMASIYALARIN ÖZƏL KOMPLEKS ORTOPEĐİK MÜALİCƏ SİSTEMİNİN 20 İLLİK NƏTİCƏLƏRİ

Cəlilov Y.R.

ET Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu, Bakı.

Açar sözlər: skolioz, ortopedik-konservativ müalicə, cərrahi müalicə.

Müasir ortopediya elmində skolioz xəstəliyinin müalicə metodları haqda hələ də yekdil rəy yoxdur. Bir sıra müəlliflər konservativ, digərləri isə, müasir cərrahi tədbirlərə üstünlük verirlər. Əlbəttə, əksər ortopedlər skoliozun I-II dərəcələrinin konservativ müalicə edilməsinə şübhə etmirlər. Ancaq söhbət III dərəcəli skoliozdan ketdikdə burada fikir ayrılığı meydana gəlir. Cərrahi metodun tərəfdarları yalnız operativ müdaxilənin effektivinə inanır və onu təbliğ edirlər. Konservativ müalicə tərəfdarları bu metodun imkanlarının qətiyyənlə tükənmədiyini israr edirlər [18;19;20]. Beləliklə, skoliozun müalicəsində hal-hazırda da metodoloji inkar etmə prinsipləri üstünlük təşkil edir və bunlar əsasən də orta dərəcəli skoliozların müalicə yollarının seçilməsində özünü büruzə verir.

Metodlar və material Skoliozun müasir konservativ müalicəsi ortezlərlə uzunmüddətli (boyatma prosesi qurtaranadək) müəyyən rejimdə aparılan və periodik korreksiya tələb edən bir prosesdir. Bu müalicə yüksək bilik, təcrübə tələb etdiyindən yalnız ixtisaslı mütəxəssis tərəfindən ixtisaslı müalicə ocağında aparıla bilər. Müalicə ambulator aparıldığından onun yerlərdə dəqiq icrası və tətbiqi çox vacibdir. Bu sıradan valideynlərin və yaşayış yerində olan həkimlərin dəqiq məlumatlar əsasında müalicənin icrasına nəzarəti aparıcı rol oynayır. *Bütün bunları nəzərə alaraq Az.ETTOİ-nin böyüklərin ortopediyası şöbəsində 995-2000-ci illərdə Y.R.Cəlilov tərəfindən AR Səhiyyə nazirliyinin dövlət sifarişinə əsasən aparılmış elmi-tədqiqat işləri əsasında skoliozu olan xəstələrin uzunmüddətli permanent kompleks müayinəsi və müalicəsi sistemi yaradılmış və müvəffəqiyyətlə tətbiq edilir* [1; 4; 5; 6; 7; 8; 10]. Sistem yerlərdə onurğa deformasiyası olan xəstələrin poliklinika həkimləri tərəfindən ilkin diaqnostika əsasında aşkar edilərək Az.ETTOİ-yə istiqamətləndirilməsindən başlayır. Bunun üçün AzETTOİ-dən Azərbaycanın bütün rayon səhiyyə təşkilatlarına azərbaycan dilində metodik tövsiyyə - məktublar göndərilmiş, sahə həkimləri, cərrahlar və travmatoloqlar təlimatlandırılmışlar. Bu təlimatlara əsasən yerlərdə həkim müayinəsi zamanı onurğa deformasiyası müəyyən edilən uşaq və yeniyetmələr AzETTOİ-də ixtisaslı diaqnostika və müalicəyə istiqamətləndirilir. Xəstələr AzETTOİ-nin poliklinika və ortopediya şöbələrində xüsusi təlimatlandırılmış personal tərəfindən qarşılır, sənədləşdirilir və ixtisaslı ortoped-vertebroloqun müayinəsinə göndərilir. Müayinə kliniki baxış, onurğanın ayaqüstə və uzanlı rentgenspondiloqrafiya və xüsusi cihazlarla müayinəsindən ibarətdir. Bəzi hallarda MRT, KT, densitometriya

müayinələrində aparılır. Xəstələrin kliniki və rentgenoloji müayinəsi zamanı məlum klassik metodlardan əlavə biz skolioza xas olan gövdənin deformasiyalarının dəqiq ölçülməsi üçün bir neçə təklif etdiyimiz üsul və cihazlardan istifadə edirik.

Döş qəfəsinin və onurğanın qabarmasının hündürlüyünü dəqiqliklə təklif etdiyimiz «qibbometr»-lə ölçmək mümkündür (Səmərələşdirici Təklif-S.T. 11/03, müəllif Y.R.Cəlilov) [13]. Məlumdur ki bel və döş-bel tipli skoliozlarda çanağın kəsgin əyilməsi baş verir. Çanağın əyilməsini təyin etmək üçün tərəfimizdən xüsusi cihaz hazırlanmış və praktiki işimizdə tətbiq edilmişdir (S.T.14/03, müəllif Y.R.Cəlilov) [13].

Skoliotik deformasiyanın ağırlıq dərəcəsini təklif etdiyimiz özəl sxemə əsasən təyin edirik: I dərəcəli skolioz - 0-10°, IIA - 11-20°, IIB - 21-30°, IIIA - 31-40°, IIIB - 41-50°, IIIC - 51-60°, IVA - 61-70°, IVB - 71-80°, IVC - 81° və daha çox.

Skoliozun dərəcəsinin düzgün qiymətləndirilməsində əsas qövsü təşkil edən fəqərələrin torsiya və rotasiyasının təyini çox vacibdir. Fəqərələrin torsiyasını biz rentgenoqrammalara əsasən təklif etdiyimiz metodika əsasında təyin edirik (S.T. 13/03, müəll. Y.R. Cəlilov) [15;16;17]. Məlumdur ki, skoliotik deformasiya zamanı onurğa sütunu frontal, sağıttal və üfüqi müstəvilərdə deformasiyaya uğrayır. Frontal və sağıttal müstəvilərdə olan deformasiyanın ölçülməsi üçün qəbul edilmiş üsullar vardır. Lakin üfüqi (horizontal) müstəvidə baş verən torsiya və rotasiyanın ölçülməsi üçün dəqiq və qəbul edilmiş üsul mövcud deyildir. Çoxsaylı üsulların qeyri-dəqiqliyi və mürəkkəbliyi onların istifadəsini çətinləşdirir. Bizim təklif etdiyimiz üsul torsiyanın həm mütləq vahidlə, həm faizlə, həm də həndəsi dərəcələrlə ölçməyə imkan verir. Üsul torsiya indeksinin təyin edilməsi adlanır və öndən çəkilmiş (fas) rentgen şəkillərində təyin edilir. Torsiya indeksi aşağıdakı düsturla təyin edilir: - $Jt = AC/AB$ (x 100 % və ya x 90°). İndeksin dərk edilməsi üçün fəqərənin normal (burulma olmayan) vəziyyətini 0 – rəqəmi ilə, maksimal mümkün burulmanı 90°- sayırıq. Əgər torsiyayı faizlə bilmək istəsək alınmış rəqəmi 100% vurmaliyq. Əgər burulmanı həndəsi dərəcə ilə ölçmək istəyiriksə, alınmış indeksi 90°-ə vurmaliyq.

Aparılan müayinələrin nəticələri qiymətləndirildikdən sonra xəstənin diaqnozu təyin edilir və ona individual uzunmüddətli ambulator mualucə kompleksi işlənir. Müalicə kompleksinin əsasını müxtəlif ortez vəsaitlərlə skoliotik deformasiyanın korreksiyası, gövdə əzələlərinin qüvəsinin bərpası və balanslaşdırılması üçün periodik fizio- və kinezoterapiya, massaj kursları, biostimulyasion dərman preparatlarının tətbiqi təşkil edir. Müalicə kompleksinin hər bir komponenti haqda məlumatlar xüsusi təlimat vərəqələri vasitəsi ilə icraçı fizioterapevtlərə və valideynlərə izah edilir. Hər 3-4 aydan bir xəstə təkrari müayinədən keçir və bunun əsasında müalicə prosesinə korreksiya verilir.

Ortopedik müalicənin əsas məqsədi skoliotik əyriliyin korreksiyası və stabilizasiyasıdır. Bizim və başqa müəlliflərin çoxillik təcrübəsi göstərir ki bünları təmin edən əsas faktor ortez vəsaitlərin uzunmüddətli tətbiqidir. Coxsaylı tətqiqatlar göstərir ki IIB-IIIAB ağırlıq dərəcəli struktural skoliozlarda deformasiyanın inkişafı (progressiyası) həm vertikal, həm də horizontal pozalarda davam edir. Odur ki deformasiyaya korreksiyaedici təsir fasiləsiz davam etməlidir.

Ortez vəsaitlərinin korreksiyaedici effekti onların deformasiyanın əsasən 3 nöqtəsinə (qövsün zirvəsi və “qanadları”) fiziki təsirinə əsaslanır[1;10;13;14]. Öz təcrübəmizdə müasir korsetlərin hər növündə istifadə etdikdən sonra (Çarlston, Şeno, Milvoki, Risser) biz əsasən “Boston brace” tipli korsetlərin tərəfimizdən modifikasiya edilmiş variantlarına üstünlük veririk. Modifikasiya etdiyimiz (Y.R.Cəlilov) korsetlər daima artan dinamik təsirə malikdir və bir necə variantda (CTLSO-servo-torako-lyümbo-sakral ortez, TLSO, LSO tipli öndən və ya yandan

kilidlənən) istifadə edilir. Təcrübəmiz göstərir ki ortezi təsiri onun müalicə həkimi tərəfindən daima idarə edildikdə qüvvəli olur və nəticə verir. Özəl təcrübəmiz əsasında biz korsetin təsir nöqtələrinə xüsusi elastik “yastıqçalar” montaj edərək korsetin ayrılıya daimi dinamik təsir etməsinə nail olmuşuq. Bəzi xəstələrə (Skoliozun King- Moe təsnifatına əsasən I-II-V tiplərində) korsetdə 4-5 təsir nöqtələri yaradırıq və bununla korsetoterapiyanın effektini xeyli yüksəldirik. Biz korsetoterapiyanı 2 variantda və əsasən IIB-IIIAB ağırlıq dərəcəli skoliozlarda tətbiq edirik;

1.20 saatlıq korset rejimi. Bu rejimdə əsasən aqressiv, sürətlə inkişaf edən infantil və yuvenil skoliozu olan pasiyentlərdə. Bu rejimdə 2-3 dəfə korsetin çıxarılması və idman kompleksi + yüngül (valideyn tərəfindən) masaj mütləqdir. Bunlar əzələ hipotrofiyasına imkan vermir və korsetlərin mənfi təsirini ləğv edir.

2.12 saatlıq korset rejimi. Bu rejim əksər hallarda müalicənin 2-3-cü illərində deformasiyanın sabitləşmə dövründə tətbiq edilir. Bu devrdə xəstənin individual psixo-emosional durumunu, intellektini nəzərə alaraq ona sərt yataqda arxası üstə yatış (yatış pozası skolioz üçün çox vacib olan bir şərtidir) məsləhət edilir. Əgər xəstə buna riayət etmirsə ona gecə yatışı üçün modifikasiya edilmiş yüngül, kompakt “yarımkorset –çarpay” hazırlanır. Evdə valideynlər yatağın icərisinə xüsusi yumşaq örtük qoyduqdan sonra xəstələr rahatlıqla uzun müddət ondan istifadə edirlər. Bu rejimdə 2 dəfə icra edilən gimnastik məşqələr və yüngül periodik masaj vacibdir.

Skoliz zamanı müalicəvi idman-qimnastikanın əhəmiyyəti bütün müəlliflər tərəfindən bir aksioma kimi qəbul edilmişdir. Biz bu kompleks müalicəni yaradarkən Azərbaycan dilində skoliozun müalicəsinə yönəlmiş idman kompleksləri mövcud deyildi. Bunu nəzərə alaraq bu sahədə tanınmış alimlər:- A.F.Kaptelin, J.C.Vanderhagen –nin məsləhətlərini nəzərə alıb, öz təcrübəmizə əsasən Azərbaycan regionlarındakı şəraitə uyğun idman kompleksləri yaratdıq və bütün xəstələri bu yazılı təlimatlarla təmin edirik. Komplekslər deformasiyanın tiplərinə və ağırlıq dərəcələrinə uyğun bir neçə variantda təyin edilir [4;5;6].

Əzələlərin elektrostimulyasiyası konservativ–ortopedik müalicənin əsas komponentlərindəndir. Biz skolioz zamanı elektrostimulyasiyanın düzgün aparılması üçün xüsusi təlimatlar hazırlayıb bütün rayon və şəhər poliklinikalarının fizioterapevtik şöbələrini məlumatlandırmışıq. Təlimatlarda Azərbaycan-canda tətbiq edilən əsas növ elektrostimulyasiya aparatlarının xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq prosedurların düzgün aparılması üçün məsləhətlər verilir. Elektrostimulyasiya deformasiyanın qabarıq tərəfindəki gövdənin açıcı əzələlərinə tətbiq edilməlidir. Seansların və kursların sayı müalicə həkimi tərəfindən individual təyin edilir.

Massaj skoliozun konservativ-ortopedik müalicəsinə vacib komponentidir. Özü-özlüyündə struktural skolioz zamanı masaj xüsusi bir korreksiyaedici təsire malik deyildir. Bunu həm çoxillik ədəbiyyat məlumatları, həm də bizim bu sahədə çoxillik təcrübəmiz göstərir. Massajın əsas məqsədi korreksion-fiksasion ortezlərin tətbiqi zamanı kinezoterapiya ilə birgə əzələlərin hipotrofiyasının profilaktikası və yumşaq toxumalarda qan dövranının yaxşılaşdırılmasıdır. Biz 2-3aydan bir mütəxəssis tərəfindən, 2-3 gündən bir işə təlimatlandırılmış valideynlər tərəfindən yüngül masaj seanslarının aparılmasını tövsiyyə edirik. Bəzi massajistlər prosedurdə “manual terapiya” elementləri tətbiq edir. Təcrübəmiz göstərir ki bu zaman onurğanın sabitliyi pozulur, deformasiya progressiya edir. Odur ki biz bu tip “massajların” tam əleyhinəyik və aparılmasını tövsiyyə etmirik.

Müşahidələr göstərir ki IIIBC dərəcəli skoliozu olan xəstələrin xeyli hissəsində bədən quruluşu, çəki, boy, əzələ və dərialtı piy toxumasının inkişafı qəbul edilmiş fizioloji normadan fərqli olur. Bu xəstələr iştahsızlığı, fiziki

tezyorulma, respirator xəstəliklərə meyilliliyi ilə seçilir. Kompleks müalicədə bu faktorlar nəzərə alınmalı və müvafiq tədbirlərlə mümkün dərəcədə korreksiya edilməlidir.

20 il ərzində 2000 dən çox IIAB-IIIABC dərəcəli müxtəlif tipli skoliozu olan xəstələr yaradılmış sistem müalicəsindən yararlanmış, ixtisaslı müalicə almışlar. Qeyd etmək lazımdır ki xəstələrin bir hissəsi müxtəlif subyektiv və obyektiv səbəblərdən kompleksin tələblərinə uyğun sistematik müalicəni tam almamışlar. Lakin xəstələrin böyük bir qrupu müalicələrini sistemin tələblərinə uyğun, tam həcmdə və boyatma qurtaranadək aparmışlar. Bu xəstələrin müəyyən hissəsinin nəticələrini texniki səbəblərdən tam qeydiyyatata almaq mümkün olmamışdır. Lakin 729 nəfərin nəticələri müalicənin bütün mərhələlərində qeydiyyatata alınmış və statistik təhlil edilmişdir.

Cədvəl № 1.

Yaşı Cinsi	1 – 7 Yaş	7 - 11 yaş	11- 14 Yaş	14 və >	Cəmi
Kişi	44	40	49	46	179
Qadın	96	88	190	176	550
Cəmi	140	128	239	222	729

Cədvəl-1-dən görüldüyü kimi xəstələrin 589 nəfəri (80,7 %) 7-14 yaşında olmuşlar. 140 (19,3 %) uşaqda skolioz ilk yaşlarından əmələ gəlmişdir. Həmin uşaqlarda xəstəliyin gedişatı çox bədxasiyyətlidir və deformasiya daha sürətlə inkişaf edir. 222 xəstədə (30,4 %) müalicə 14 yaşından sonra başlanmışdır.

Xəstələrin skoliozun ağırlıq dərəcəsinə və lokalizasiyasına (növnə) görə bölünməsi aşağıda göstərilən cədvəl 2-də göstərilmişdir. Cədvəldən görüldüyü kimi nəzarətimizdə olan xəstələrin 317-ndə (43,5%) IIAB və 412 nəfərində (56,5%) IIIABC dərəcəli skolioz olmuşdur. Xəstələrin skoliozun etilologiyasına görə bölünməsinə analiz edərkən məlum olur ki ən çox rast gələn idiopatik skoliozlardır. Apardığımız analiz göstərir ki, müşahidə etdiyimiz ən kiçik yaşlı xəstə uşaqlarda əsasən displastik (idiopatik) skolioz olmuşdur. O cümlədən bütün bel skoliozları da displaziya əsasında əmələ gəlmiş skoliozlar olmuşdur.

Cədvəl № 2.

Ortezlərlə korreksiyanın planlaşdırılmasında vacib üstünlük verən King H., Moe J. (1983), təsnifatından istifadə edirik. Bu təsnifata əsasən skoliozun 5 tipi (növu) seçilir:

I.S-vari skolioz:

soltərəfli bel və sağtərəfli döş qövsü. Bel qövsü əsasdır.

II.S-vari skolioz: sağtərəfli döş və soltərəfli bel skoliozu. Döş qövsü əsasdır.

III.C-vari sağtərəfli döş skoliozu. Kompensator bel ayrılığı minimaldır.

IV.C-vari sağtərəfli döş-bel skoliozu. Bu tip skolioz uzun qövsü və qeyri-kompensator vəziyyəti ilə seçilir.

V.S-vari iki qövsü döş skoliozu. Soltərəfli Th1-4 və sağtərəfli Th4-12 fəqərələri əhatə edən qövsüldən ibarətdir.

Skoliozun lokalizasiyasına görə növü-tipi (Ponseti-Friedman)	Skoliozun ağırlıq dərəcəsi					Cəmi
	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	
Yuxarı döş tipli	7	9	7	6	10	39
Döş tipli	67	72	61	76	73	349
Döş-bel tipli	24	34	20	16	27	121
Bel tipli	30	54	23	27	24	157
S-vari	2	18	15	13	15	63
Cəmi	130	187	126	137	149	729

Göründüyü kimi bu təsnifatda bel tipli skoliozlara xüsusi yer verilməmişdir. Həmin skoliozlar I-ci tip S-vari deformasiyalara aid edilmişdir və bu korreksiyanın planlaşdırması nöqtəyindən düzdür. Ümumiyyətlə bu təsnifatın üstünlüyünün biri də ondan ibarətdir ki, onurğa deformasiyasının həm əsas, həm də kompensator qövsləri nəzərə alınır.

Cədvəl № 3.**Xəstələrin King-Moe təsnifatına əsasən bölünməsi**

Skoliozun növü (King-Moe)	Xəstələrin sayı
tip S-vari (L-Th)	132(18,1%)
II tip S-vari (Th-L)	88(12,1%)
III tip C-vari (Th)	349(47,8%)
IV tip C-vari (Th-L)	121(16,6%)
V tip S-vari (C-Th-L)	39(5,4%)
C Ə M İ	729 (100%)

Cədvəl 3-də xəstələrin King-Moe təsnifatına əsasən bölünməsi göstərilmişdir. Cədvəldən göründüyü kimi I-II-ci tip skolioz 220 (30,2%) xəstədə müəyyən edilmişdir. Bu skoliozlarda kosmetik defekt çox da gözəçarpan olmasa da qarın boşluğu üzvlərinin distopiyası ilə müşahidə olunur. II-ci tip S-vari skoliozlarda döş qəfəsinin sağ tərəfində çox da böyük olmayan qabarma müşahidə edilir. King I və II tip skoliozlar çox çətin korreksiya edilən deformasiyalar sayılırlar. Deformasiya iki əks tərəfli C-vari qövsdən ibarət olduğundan az kosmetik defekt verən deformasiya sayılır, yəni gövdənin simmetriyasını çox da pozmur.

Korreksiya üçün daha əlverişli sayılan King III tipli deformasiya 349 (47,8%) xəstədə müəyyən edilmişdir. 121 (16,6%) xəstədə gövdəni dekompensasiya edən IV tip deformasiyalar olub. V tip - yuxarı S vari və ya ikili döş deformasiyalı-skolioz 39 (5,4%) xəstədə müəyyən olubdur.

Etioloji nöqtədən 648 (88,9%) halda skolioz idiopatik, 56 (7,7%) anadangəlmə, 25 (3,4%) nəfərdə isə nevrogen kimi qiymətləndirilmişdir.

Müzakirə

Aparılan kompleks konservativ-ortopedik müalicə 347 xəstədə (47,59 %) skoliotik deformasiyanın artımını dayandırmış və onurğanın sabitləşməsini təmin etmişdir (Cədv. 4).

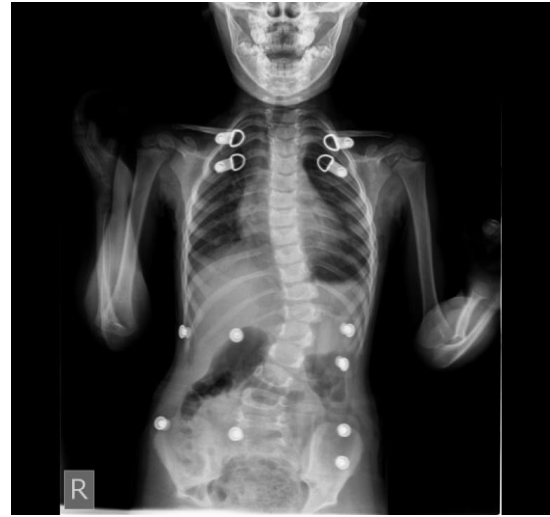
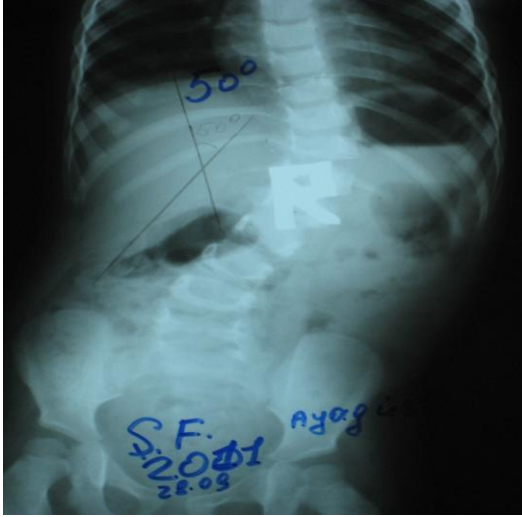
Cədvəl № 4.

Skoliozun dərəcəsi	Müalicənin nəticəsi						C Ə M İ
	Yaxşılaşma (regressiya)		STABİLİZASIYA		Deform. artması (progressiya)		
	abs.	%	Abs.	%	abs.	%	
II A	44	19,81	63	18,15	23	14,37	130
II B	57	25,67	92	41,44	38	23,75	187
III A	43	19,36	55	15,85	28	17,50	126
III B	37	16,66	65	18,73	35	21,87	137
III C	41	18,46	72	20,74	36	22,50	149
C Ə M İ	222	(30,46%)	347	(47,59%)	160	(21,95%)	729

Deformasiyanın sabitləşməsi bütün növ skoliozlarda, bütün yaş qruplarında müşahidə edilmişdir. Lakin bel və döş-bel tipli skoliozu olan 11-14 yaşlı xəstələrdə bu proses daha çox müşahidə edilmişdir.

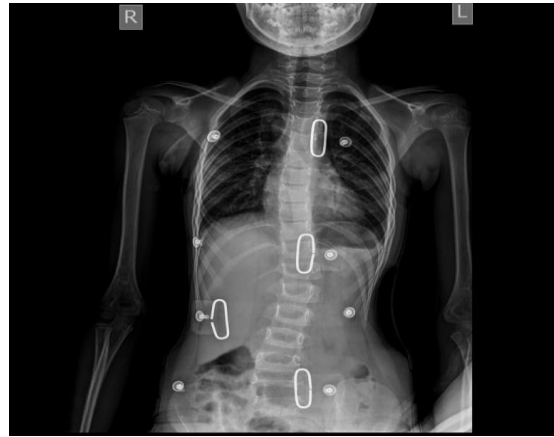
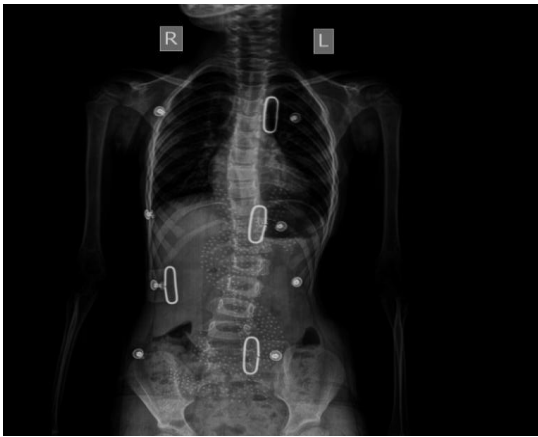
Xəstələrin 222-də (30,46%) aparılan müalicə nəinki deformasiyanın artımını dayandırmış, hətta onun 15-18-22° korreksiyasını təmin etmişdir.

Şəkil 1. Xəstə Ş.F. 3 yaş (2009-il təvəllüd.) III C (50° Cobb) dərəcəli ağır infantil King-Moe IV tip skolioz. Y.R.Cəlilov üsulu ilə kompleks-ortopedik ambulator müalicə, 12 saatlıq TLSO –korset rejimi + kompleks müalicə. Müalicə Davam edir.



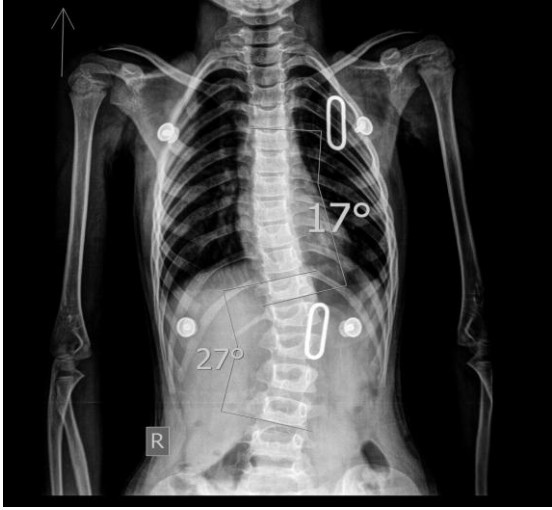
a). 28.09.2011, (korsetsiz R-şəkli- 50°).

b). 18.06.2012-il (TLSO korsetdə- R-şəkli).



c). 10.07.2014 il (korsetdə R-şəkli).

d). 30.03.2015 il (korsetdə R-şəkli).



e). 12.02.2016 il (korsetdə R-şəkli).



f). 29.09.2016 il (korsetsiz R-şəkli-19°).

Qeyd edək ki, bu xəstələrin əksəriyyətində göstərilən korreksiya müalicənin 3-6-cı ayları arası dövrdə daha çox müşahidə edilmişdir. Göstərilən xəstələrin sonrakı uzaq dövrdəki müayinələri göstərir ki, alınmış korreksiya davamlıdır və $\pm 3-5^\circ$ variasiya edərək saxlanılır. Nəticələrin analizi göstərir ki, aparılan kompleks konservativ-ortopedik müalicənin əsas sabitləşdirici komponenti TLSO tip korsetlərdir. Yaradılan ambulator müalicə kompleksi, valideynlərin sözlərinə əsasən, xəstə uşaqlarda müsbət fiziki və psixoemosional dəyişikliklərin baş verməsinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir (Şəkil 1).

Xəstələrdən 160-da (21,95%) konservativ müalicə deformasiyanın artımının dayandırılmasını təmin etməmişdir. Bu xəstələrin bir qrupuna cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Yaradılmış vahid ortopedik müalicə kompleksi tərkib hissəsi kimi götürülən cərrahi müdaxilədən əvvəl aparılan kompleks müalicə bu xəstələrdə deformasiyanın progressivləşməsini dayandıra bilməsə də, onun tempinin $10-15^\circ$ -dən $5-7^\circ$ -dək azalmasını təmin etmişdir.

Skoliozun müalicəsində tətbiq edilən cərrahi üsullar əsasən onurğanı boylama dartan qüvvələrin yaradılmasını nəzərdə tutur. Azərbaycan Elmi Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutunda, Azərbaycan Respublikasının Patentlərini (P 990038, I 20030027, I 20030170, müəllif Y.R.Cəlilov) almış 3 növ endokorrektorlar yaradılmışdır və ümumən 85 xəstənin cərrahi müalicəsində istifadə edilmişdir [2; 3; 8; 9; 10; 14]. Alınmış nəticələr qurğuların korreksiyaedici xüsusiyyətini göstərir. Endokorrektorlar həm boylama, həm də köndələn istiqamətlərdə korreksiyaedici təsir qüvvələri yaratmağa qadirdirlər. Böyük həcmdə korreksiya alınmasının təmin edən metodika - distraksiyaedici və derotasiyaedici endokorrektorların kombinasiyası (Jalilov Spinal Sistem- JSS) - korreksiyanın saxlanılması cəhəti ilə də etibarlı bir üsuldur. 10 ildən çox bir müddətdə aparılmış nəzarət müşahidələri göstərir ki, alınmış korreksiyanın orta hesabla cəmi 15-20% itkiyə məruz qalır. Axır illər isə cərrahi müdaxilələr həm də transpedikulyar sistemlərin tətbiqi ilə aparılır (CDİ, CDİ-Horizon və sair) və bu üsullarla 30-dan çox əməliyyat aparılmışdır.

Nəticələr

1. Onurğanın müxtəlif dərəcəli və növlü skoliozu olan xəstələrdə sistem halında aparılan uzunmüddətli ambulator kompleks konservativ-ortopedik müalicə, onların 47,59%-də skoliotik deformasiyanın artımını dayandırmış və onurğanın tam sabitləşməsini təmin etmişdir. Deformasiyanın sabitləşməsi bütün növ skoliozlarda, bütün yaş qruplarında müşahidə edilmişdir. Lakin bel və döş-

bel tipli skoliozu olan 11-14 yaşlı xəstələrdə bu proses daha çox müşahidə edilmişdir.

2.Xəstələrin 30,46%-də aparılan müalicə nəinki deformasiyanın artımını dayandırmış, hətta onun 15-18-22° korreksiyasını təmin etmişdir. Xəstələrin sonrakı uzaq dövrdəki müayinələri göstərir ki, alınmış korreksiya davamlıdır və $\pm 3-5^\circ$ variasiya edərək saxlanılır.

3.Xəstələrdən 21,95% konservativ müalicə deformasiya artımının dayandırılmasını təmin etməmişdir. Bu xəstələrin bir qrupuna cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Yaradılmış vahid ortopedik müalicə kompleksinin tərkib hissəsi kimi götürülən cərrahi müdaxilədən əvvəl aparılan kompleks müalicə bu xəstələrdə deformasiyanın progressivləşməsini dayandıra bilməsə də, onun tempinin 10-15°-dən 5-7°-dək azalmasını təmin etmişdir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Cəlilov Y.R., Dadaşov X.D. Skolioz. Diaqnostikası və Azərbaycan şəraitində konservativ müalicəsinin xüsusiyyətləri. Azərbaycan Tibb jurnalı, Bakı-1996, № 3, s. 6-9.
2. Y.R.Cəlilov. Skolioz xəstəliyinin yeni endokorrektorlarla cərrahi müalicəsi. Ortopediya və travmatologiyanın aktual problemləri. Az.ETTOİ – nin elmi məqalələr toplusu. XXX buraxılış, Bakı-1999, s. 82-88.
3. Джалилов Я.Р. Оперативное лечение тяжелых форм сколиоза с применением новых упругих пластинчатых эндокорректоров. Конференция «Новые технологии в медицине». Курган - 2000, с. 76-77.
4. Джалилов Я.Р. Коррекция метаболических нарушений в комплексном лечении больных сколиозом. Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. Сборник научн. Трудов. РОНМИ МЗ Азерб. Баку - 2001, т.2, с. 480-485.
5. Cəlilov Y.R. Skoliotik deformasiyaların inkişafında fəqərələrin rotasiya və torsiyasının əhəmiyyəti. Ortopediya və travmatologiyanın aktual problemləri. Az.ETTOİ elmi məqalələr məcmuəsi. XXXII buraxılış, Bakı-2001, s. 103-113.
6. Cəlilov Y.R. Skolioz xəstəliyinin ortopedik müalicəsində kinezo- və fizioterapiyanın xüsusiyyətləri. Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. Elmi əsərlər toplusu. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə nazirliyi elmi-tibbi informasiya mərkəzi. Bakı-2002, I cild, s. 267-271.
7. Cəlilov Y.R. Skolioz: diaqnostikası, klinikası, və müalicəsi Metodiki tövsiyyələr, Bakı-2002, 35 səh.
8. Cəlilov Y.R. Skoliozun kompleks müalicəsi Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı,2004, 2, s.5-10.
9. Cəlilov Y.R. Skoliozun çoxmüştəvili cərrahi korreksiyası. Sağlamlıq-Zdorov'ye-Healt. Bakı-2007,№2, s.102-105.
10. Джалилов Я.Р. Комплексное ортопедо-хирургическое лечение сколиотической болезни. Вестн. травм. ортоп. им.Н.Н.Приорова. Москва, 2002, № 3, с.47-52.
11. Джалилов Я.Р. Устройство для оперативного лечения деформаций позвоночника (№a20010076). Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma, Metrologiya və Patent üzrə Dövlət Aqentliyinin «Sənaye Mülkiyyəti» Rəsmi Bülleteni, Bakı – 2002, s.18-19.
12. Джалилов Я.Р. Устройство для оперативного лечения деформаций позвоночника (№a20010136). Azərbaycan Respublikası Standartlaşdırma, Metrologiya və Patent üzrə Dövlət Aqentliyinin «Sənaye Mülkiyyəti» Rəsmi Bülleteni, Bakı – 2002, s. 40
13. Джалилов Я.Р. Способ измерения наклона таза у больных с поясничным сколиозом. Адаптация различных систем организма при сколиотической деформации позвоночника. Матер. междуна. симп. М., 2003, с. 19 – 20.
14. Джалилов Я.Р. Лечение врожденного сколиоза у детей. Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии, ошибки и осложнения. Санкт-Петербург, 2003, с. 190-192.
15. Джалилов Я.Р., Джалилов Т.Я. Метод определения ротации и торсии позвонков при сколиозе. Сағламлыг-Здоровье-Healt №3. Баку – 2006, с. 67-70.
16. Джалилов Я.Р., Джалилов Т.Я. Устройство для определения степени торсии позвонков при сколиозе. Сағламлыг-Здоровье-Healt №7. Баку – 2006, с. 200-202.
17. Джалилов Я.Р. О значении кинезотерапии и электростимуляции мышц туловища в ортопедической коррекции и стабилизации сколиотических деформаций. Sağlamlıg-Здоровье-Healt. Bakı-2006,№ 10, s. 43-47.
18. Дмитриева Г.П., Назарова Р.Д. 30 – летний опыт консервативного лечения диспластического сколиоза. Научная конференция вертебрология - проблемы, поиски, решения. М. 1998, с. 17-18.
19. Leitner J., Velan G. and Gepstein r. The Charleston night time bracing vs. TLSO for stabilization of idiopathic scoliosis. 4-th Intern. Congr. Spine Surg., Turkey. 1996, p. 30.
20. Lonstein J., Winter R. Milwaukee brace treatment of adolescent idiopathic scoliosis – reviw of 1020 patients. Journ. Bone Joint Surg. (Am), 1994, v, 76, p. 1207.

РЕЗЮМЕ

20 ЛЕТНИЙ ОПЫТ СИСТЕМНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОЗА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ.

Джалилов Я.Р.

Цель исследования. Анализ результатов комплексного лечения 729 больных сколиозом позвоночника по разработанной автором и внедренной в Азербайджанской республике системе.

Материал и методы. Ортопедический и хирургический методы рассматриваются как части единого комплекса лечебных мероприятий для стабилизации и коррекции деформации позвоночника при сколиозе, применяемых по необходимости вплоть до завершения роста пациента. Проводимое амбулаторно, длительное ортопедическое лечение у больных состояло из применения корригирующих динамических корсетов TLSO Бостонского типа, кинезотерапии и электростимуляции мышц, медикаментозной терапии нарушений метаболизма.

Результаты и обсуждение. Стабилизация деформации позвоночника отмечена у 47,59% больных. У 30,46% произошла коррекция искривления в пределах 15°-22°.

У 21,95 % больных прогрессирование деформации продолжалось, из-за чего у части из них применено оперативное лечение. Использованы эндокорректоры конструкции автора (Jalilov Spinal Sistem), а также в последние годы траспедикулярные системы типа CDI-Horizon.

SUMMARY

SUMMARY FOR 20 YEARS OF UNIQUE COMPLEX ORTHOPEDIC TREATMENT SYSTEM SCOLIOTIC DEFORMATIONS IN AZERBAIJAN

Jalilov Y.R.

There are analysing results of 729 scoliosis patients complex treatment by system which was worked out by author and introduced in Azerbaijan Republic.

Orthopaedic and surgical methods consider as a parts of entity complex of treatment arrangements for stabilization and correcting of spinal deformations after scoliosis; this arrangements have used as necessary till the completion of patients growth.

Carring out long-term dispencary orthopaedic treatment include application of correcting deep plaster cast beds, dynamic corsets (Boston TLSO type), kinetic therapy, muscle electrostimulation, medicine therapy of methabolisms violation.

Stabilization of spinal deformation was obserwed in 47,59 % of patients cases. Correction of curvature was limited 15°-22° in 30,46% cases from this quantity.

Progressing of deformation continved in 21,95 % of patients cases, so some patients was treated by surgical perations.

There was used author's original plate endocorrector (Jalilov Spinal Sistem) and CDI-Horizon system.

Daxil olub: 10.01.2017.

ОЦЕНКА ОБЪЕМА ПОСЕЩАЕМОСТИ ЛПУ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ АР.

Садыгэаде Л.Н.

**Кафедра общественного здоровья, организация.
Здравоохранения и гигиены АЗГИУВ им. А.Алиева, г. Баку.**

Введение. Амбулаторно-поликлиническая помощь занимает приоритетное значение в медицинском обслуживании как наиболее массовый и доступный вид медицинского обслуживания. Своевременно выявленная патология и правильное ведение пациента на первичном звене, часто обеспечивает хороший результат, не используя ресурсы стационара, что на сегодняшний день является дорогим видом медицинского обслуживания. В Азербайджане количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, включая поликлинические отделения больниц и диспансеров, составляет 1532. Из них самостоятельных поликлиник и амбулаторий, в том числе сельских амбулаторий – 851. Умение широко использовать статистическую информацию о деятельности лечебно-профилактических учреждений помогает решать задачи современного управления здравоохранением. Для анализа работы ЛПУ необходимо определить мощность данного амбулатория, рассчитать нагрузку на медицинский персонал. Целью данной работы является оценка уровня посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений в районах АР.

Учет посещаемости к врачам амбулаторно-поликлинического учреждения ведется в соответствии с установленными МЗ АР формами в следующем порядке:

- любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием (терапевтам, педиатрам, хирургам, акушерам-гинекологам, урологам, отоларингологам и т.д.);
- вспомогательных отделений и кабинетов (лучевой терапии, физиотерапевтического, лечебной физкультуры, эндоскопии, функциональной диагностики и др.) при назначении процедур, в процессе контроля за лечением, после окончания назначенного курса лечения, а также в случаях, когда процедура или исследование проводится лично врачом;
- психотерапевтам при проведении групповых занятий: число посещений учитывается по числу больных, занимавшихся в группе;
- здравпунктов, цеховым терапевтам, акушерам-гинекологам и др., ведущим прием на здравпунктах в часы, специально выделенные для амбулаторного приема;
- оказывающим медицинскую помощь в специально выделенное для амбулаторного приема время при выездах в другие лечебно-профилактические учреждения (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты);
- дневных стационаров поликлиник и стационаров на дому.

Полученные результаты и их обсуждение. Данные об объеме работы ЛПУ по району в целом за 2009 представлены в таблице №1. Из таблицы, очевидно, что административные районы республики существенно отличаются по числу посещаемости как на 1 врача, так и на 1 жителя. Минимальный показатель отмечается в Абшеронском районе 1066,0 (на 1 должностную ставку врача амбулаторного приема) или 1,1 посещения на 1 жителя. Максимальные показатели по посещаемости наблюдаются в Агдашском районе (на 1 врачебную ставку 4548,6) и в Гахском районе (на 1 жителя 4,0 посещения). Количество посещаемости на 1 врачебную должность в Гахском и Шекинском районах (2910,7 и 3079,8) относительно близкие, хотя эти районы друг от друга резко отличаются по числу посещений на 1 жителя (4,0 и 2,6). Такое несоответствие между отмеченными показателями могло бы быть обусловлено неодинаковым уровнем обеспеченности населения должностями врачей амбулаторного приема или разной степенью загруженности врачей в этих районах (3).

Однако изучение фактического состояния обеспеченности врачами амбулаторного приема в этих районах (7,2 в Гахском и 12,5 в Шекинском районах в расчете на 10000 жителей), дает основание считать, что сложившаяся ситуация по посещаемости не связана с количеством врачей в этих районах. Поэтому считаем, что основной причиной диспропорции в объеме посещаемости в расчете на одного жителя обусловлены неправильной организацией труда врачей, которое проявляется не одинаковым уровнем загруженности их.

Следовательно одним из важнейших путей улучшения а/п помощи в сельских районах Азербайджана может быть планирование мероприятий, направленных на достижение оптимальной загруженности врачей.

На первом этапе медицинского обеспечения в сельских районах можно выделить несколько вариантов организации врачебной помощи:

1. вариант-оказание а/п помощи учреждениями непосредственно расположенными в сельских поселениях;
2. вариант-отсутствие врачебного амбулатория в конкретном поселении, население которого прикрепляется к соседним поселениям, где имеются амбулаторий.

Таблица № 1

При этом сельские врачебные амбулатории друг от друга существенно отличаются по количеству штатов врачебных должностей (от 1,0 до 12,0). При условной градации количество врачебных штатов (до 3,0; 3,1-6,0; 6,1-9,0; 9,1-12,0) оказалось,

Объем работы амбулаторно-поликлинических посещений по району в целом			
Название района	Количество посещений		
	всего	на 1 врача	на 1 жителя
Абшерон	200147	1066,0	1,1
Агдаш	311578	4548,6	3,2
Гах	213935	2910,7	4,0
Исмаиллы	124213	2411,9	1,6
Шеки	438108	3079,8	2,6

что в большинстве сельских поселений, количество врачебных должностей не превышает 3,0. В нескольких селах (Киш-4,5; Дигях и Хокмели-3,75 и 6,0; Новханы-7,75; Джейранбатан, Мехтиабад и Масазыр – 9,25, 10,5 и 12,0) имеются значительно большее количество врачей. Следовательно, высока вероятность различия между этими поселениями по уровню посещаемости.

Посещаемость врачебных амбулаторий при наличии врачебных должностей до 3,0 единиц представлена в таблице №2. Из которой очевидно, что уровень показателя колеблется в широких пределах: от 592,4 (поселок Фатмаи) до 12124 (село Тирджан). Такой широки интервал колебания посещаемости на 1 врача свидетельствует о неэффективной организации труда врачей. Фактически в большинстве амбулаторий нагрузка на врачебную должность не обеспечивается. Ближе к нормативной величине показателя имеются в нескольких поселениях: Гораган и Алатамир (1920 и 1960) гахского района; Дашюз (2191,1), Челебихан (1946), Джаирли (4110), Инджа (2126,8) шекинского района; Галаджик (1723,6), Миджан (2301), Талыстан (2234,5) Исмаилинского, а также Маммедли и Гюздек (2023,2 и 1971,6) Апшеронского районов. Во всех селах Гахского и Апшеронского районов, в большинстве сел Шекинского и Исмаилинского районов число посещений на 1 врача значительно ниже нормативного ее уровня.

Таблица № 2

<i>Показатели амбулаторного приема в СВА с количеством врачебных штатов до 3,0</i>		
Название района	Количество врачебных штатов	Посещение на 1 врача
Шекинский район	I Биляджик	2235
	II Биляджик	2365
	Ашагы Кунгют	2458
	Дашюз	2191,1
	Чялябихан	1946
	Джаирли	1644
	Инджа	2126,8
	Шеки кенди	763,6
	Орта Зайзид	2372
	Джума	1320
Исмаилинский район	Тиржан	12124
	Галынджак	5099
	Топчу	5750
	Газакянд	6754,7
	Талыстан	2234,5
	Миджан	2301
	Галаджик	1723,6
Апшеронский район	Фатмаи	592,4
	Маммедли	2023,2
	Гюздек	1971,6
Гахский район	Алатамир	1960
	Агъязлы (Изюмлю)	2066,7
	Ингилой Кетуклю	1786,7
	Гораган	1920
	Заям	1530
	Лакит	1485,2
	Алмалы	3104,4
Гах Игнгилой	1970	

Таким образом, даже при наличии сельских амбулаторий, во многих районах республики не обеспечена оптимальная загруженность врача.

Амбулатории с врачебными должностями 3,0-6,0 имеются в двух поселениях Шекинского района (Киш и Гохмут) и в одном поселении Апшеронского района (Дигах). В этих поселениях кол-во посещений на 1 врача колеблется в пределах от 784,8-1282,5. Очевидно, что загруженность в этих поселениях еще ниже. Наличие врачебных должностей свидетельствует о расширении возможностей амбулаторий для специализированной помощи (терапевтический, педиатрический, стоматологический) – это дает основание предполагать высокую посещаемость. Фактически получается наоборот, количество врачебных должностей имеет обратную корреляцию с объемом посещаемости.

Сходная ситуация отмечается в поселениях Апшеронского района, где имеются от 6 до 9 врачебных должностей (поселок Новханы и Хокмели); 9,1-12,0 (поселки Масазыр, Мехтибад и Джейранбатан). В этих поселениях

имеются мощные и хорошо оснащенные амбулатории, в то же время посещаемость в несколько раз ниже нормативной величины. Таким образом, в Азербайджане, на примере пилотных районов выявляются несоответствия между обеспеченностью кадровыми ресурсами и посещаемостью населением. Учитывая, что штаты выделяются строго с нормативами, выше отмеченная ситуация свидетельствует о неправильной организации труда и отсутствии реальной потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи в таком объеме, который заложен в нормативы советского периода. По итогам оценки объема посещаемости врачей сельских районов, можно прийти к следующим выводам:

1. Районы республики друг от друга значительно отличаются по уровням посещаемости как на 1 жителя, так и на 1 врачебную должность.

2. Несоответствие между обеспеченностью врачами и количеством посещаемости имеет место во всех районах, которые больше выражены в Апшеронском и Гахском районах.

3. В настоящее время из-за неправильной организации труда врачей в сельских поселениях, нормативная загруженность врачей не обеспечивается.

4. Существующие дефекты в первую очередь обусловлены неправильным учетом посещаемости.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Джаббаров М.С. «Научные основы перспективного развития сети, мощности, типа, структуры лечебно-профилактических учреждений в районах республиканского подчинения», Методические рекомендации, Баку, 1998.;
2. Агаев А.Т., Джаббаров М.С. «Методические аспекты обоснования размещения сети лечебно-профилактических учреждений в сельских населенных пунктах», Сборник «Экологические проблемы Азербайджана», Баку, 1993, с.136-138;
3. Рогожников В.А., Стародубов В.И., Орлова Г.Г. Проблемы охраны здоровья сельского населения. ИМ.: ГЕОТАРД-МЕД. -2004.-448с.
4. Сорокин О.Н. Реформирование первичной медико-санитарной помощи населению в Тверской области. //М.: МЦФЭР. - Здравоохранение. 2004. - №2 - С. 39-42.

X Ü L A S Ə

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ KƏND ƏRAZİLƏRİNDƏ TİBBİ MÜƏSSİSƏLƏRƏ GƏLİŞ HƏCMİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Sadiqzadə L.N.

Açar sözlər: gəlişlərin sayı, kənd yeri, həkimlərin iş yükü.

Bu məqalədə Azərbaycan Respublikasının rayonlarında ambulator-poliklinik müəssisələrin işi qiymətləndirilmişdir. Tibb müəssisəsinə ümumi gəlişlərin sayı, bir həkim vahidinə olan yük və bir sakinə düşən gəlişlərin sayı nəzərdən keçirilmişdir. Əldə edilmiş rəqəmlər kənd yerlərində tibb işçilərinin əməyinin təşkili üçün istifadə oluna bilər.

S U M M A R Y

EVALUATION OF THE ATTENDANCE RATE TO MEDICAL FACILITIES IN RURAL AREAS OF THE AZERBAIJAN REPUBLIC.

Sadikhzadeh L.N.

Key words: attendance rates, rural settlements, physician's workload

This articles presents the evaluation of outpatient facilities in the regions of the Azerbaijan Republic. The overall attendance rate to the medical facility, the

load on 1 doctor position and the number of visits per resident were considered. The obtained data can be used for arranging medical employees' labour in rural areas.

Daxil olub: 20.02.2017.

RUHİ XƏSTƏLƏRİN SOSIAL FƏALİYYƏTİ VƏ YAŞAM KEYFİYYƏTİ – PSIXİ SAĞLAMLIQ SƏMƏRƏLİLİYİNİN ƏHƏMİYYƏTLİ BİR GÖSTƏRİCİSİDİR

Əsədov B.M., Qafarova R.V.

ATU-nun Psixiatriya kafedrası.

Psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən şəxslərin nisbi sabit artımı dünyanın demək olar ki, bütün inkişaf etmiş ölkələrində aktual sosial və psixoloji problem olmuşdur. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına görə dünyanın təxminən 450 milyon əhalisinin hər hansı psixi problemləri var. Bu problem bu və ya digər dövrdə hər dörd ailədən birinə toxunur. Avropa regionunun bir çox ölkələrində bir onillik ərzində gözlənilən ömür davamlığı 10 yaş azalıb ki, bu da bir çox hallarda sarsıntılarla və psixi xarakterli patoloji vəziyyətləri ilə bağlıdır. Ümumi təcrübə ilə məşğul olan həkimlərə müraciətlərin 30%-i qədər psixi sağlamlıq problemləri ilə bağlıdır; şizofreniya xəstəliyinə həyat ərzində 3 milyondan çox yetkin yaşlı (1000 nəfərdən 7-si) insanlar tutulur və bu zaman 33% hallarda xəstəliyin başlanğıcı yeniyetmə yaşı üzərinə düşür. Avropa ölkələrində hər il təxminən 33,4 milyon insan ağır depressiyadan əziyyət çəkir. Proqnozlara görə, 2020-ci ilə qədər psixi pozuntuları ilə xəstələnmə göstəricisi 12%-dən 15%-ə qədər artacaq [4]. ÜST tərəfindən dərc olunmuş faktlar və rəqəmlər vəziyyətin ciddiliyini göstərir.

Bu problemin əhəmiyyəti bir də onunla müəyyən olunur ki, xroniki psixi pozğunluqlarda xəstəliyi davamlı olduğuna görə əlillik göstəriciləri kifayət qədər yüksəldir və bir çox belə xəstələrlə aparılan reabilitasiya tədbirləri onların sosial-əmək aktivliyinin bərpasını kifayət qədər təmin etmir. Bir qayda olaraq, bu cür xəstələr çox məhdud sosial aktivliyinə malikdir və onlarda sosial dəstək qıtlığı müəyyən edilir. Bununla yanaşı, davamsız nikah münasibətlərin yüksək səviyyəsinin olması, xəstəliyin təkrarlanmasının və stasionar müalicəsi sayının artması müəyyən olunur. Bu da bir sıra problem ilə əlaqədardır: tövsiyyə olunmuş müalicənin yerinə yetirilməməsi; ev təsərrüfatının aparılmasında, büdcənin planlaşdırma və bölüşdürülməsində müəyyən çətinliklərlə üzləşməsi; və bunun nəticəsi kimi kanar qulluğuna ehtiyacın olmasıdır. Bununla yanaşı, xroniki psixi xəstəliklərdən əziyyət çəkən xəstələrə göstərilən yardım probleminə kifayət qədər diqqət yetirilmir, bu kontingent xəstələr az öyrənilir, onların kompleks psixososial reabilitasiyası tam şəkildə təhlil edilməyib. Belə xəstələrin bir çox hissəsini cəmiyyətə uyğunlaşdırmaq məqsədi ilə psixofarmakoloji müalicəsi ilə yanaşı, kompleks psixososial tədbirlər sistemini hazırlamaq lazımdır. Yuxarıda göstərilənlər uzun müddətə stasionar müalicədə olan xəstələrin reabilitasiya imkanlarının araşdırılmasının davam etdirilməsinin aktuallığını göstərir.

Hazırkı dövrdə xroniki psixi xəstələrə daha dəqiq yanaşması çoxaspekli baxılmasını əks etdirən kliniki-psixopatoloji göstəricilərlə birgə sosial-mühit və şəxsi göstəricilərinin cəlb etməklə müəyyən olunur. Xəstələrlə reabilitasiya tədbirlərinin aparılmasında həkim-psixiatr ilə yanaşı, psixoloq, sosial işçilər və digər mütəxəssislərin iştirakı ilə poliprofessional yanaşma tendensiyası müşahidə

olunur. Psixi xəstəliklərin təsnifatında kliniki göstəriciləri ilə yanaşı, sosial fəaliyyət göstəriciləri də aktiv cəlb edilir. Müəyyən hallarda onlar psixi xəstəliklərin rəsmi təsnifatına əlavə olunur. Belə ki, Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatında (XBT-10) psixi xəstəliklərin diaqnostik kateqoriya təsvirdə xəstələrin sosial fəaliyyətin mümkün olan pozulması da göstərilir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu cür kompleks yanaşma son illərin nailiyyəti deyil və kifayət qədər çoxdan istifadə olunur. Belə ki, ötən əsrin 70-ci illərinin əvvəlində Rusiya alimi D.E.Melexov şizofreniyaya düşər olunmuş xəstələrin əmək qabiliyyətinin proqnozuna həsr olunmuş dissertasiya işində “funksional diaqnoz” ideyasını təklif etmişdir. Müəllifin fikrincə həmin diaqnoz xəstənin psixi vəziyyəti ilə yanaşı, şəxsi xüsusiyyətlərini, xəstəliyinə qarşı münasibətini, sosial mövqeyini, emosional-iradi xarakteristikasını və əmək bacarıqlarını nəzərə almaqla onların funksional imkanlarının qiymətləndirilməsinə imkan yaradır. Müəllif hesab edir ki, bu cür çoxaspektli yanaşma reabilitasiya və proqnozu münasibətlərdə ən məhsuldardır [3,4]. Ümumiyyətlə, ruhi xəstələrin sosial fəaliyyəti bir sıra kliniki-sosial və psixoloji amillərin kompleksindən asılıdır. Müxtəlif psixi patologiyası olan xəstələrin uyğunlaşması üçün onların subyektiv yanaşmasına, yaranmış real vəziyyətə, yəni yaşam keyfiyyətinə uyğunluğu (yaşam keyfiyyəti altında insanın onun qarşısında qoyulmuş məqsədlərə, məsələlərə nail olması, onun həyat tərzinin real mövcud vəziyyətə uyğun olması başa düşülür) əhəmiyyətli üstəlik verilir [5].

Psixi xəstələrin yaşam keyfiyyəti probleminə göstərilən maraq klinisistlərin yalnız psixi patologiyada diggətin cəmləşdirməsindən geri çəkilməsini və psiyentlərin həyatın psixoloji və sosial aspektlərini nəzərə alan və psixiatrik yardımının göstərilməsində poliprofessional yanaşmanı əks etdirən psixi saqlamlığın daha geniş konsepsiyasına qarşı marağın artmasını dəlalət edir [11]. Bu cür yanaşma daha çox şəxsi yönəldilmiş, hər bir konkret xəstənin fərdi tələbatlarına ünvanlanmış (onun şəxsi xarakteristikasını və sosial xüsusiyyətlərini, bütün uğurlarını və uğursuzluqlarını, mülahizələrini, qiymətləndirmələrini o cümlədən, xəstəliyi və onun fəsadlarına ilə bağlı münasibətlərini nəzərə alınmaqla) istiqamətdir. Bu zaman pasiyentlərin sosial fəaliyyətin və həyat keyfiyyətinin xüsusiyyətlərin çoxaspektli araşdırılması əhəmiyyətli hesab olunur: ola bilər ki, bir istiqamətdə müvəffəqiyyətlilik, digər istiqamətdə isə müvəffəqiyyətsizlik mümkün-dür [17]. Xəstələrin müxtəlif fəaliyyət tərəflərini və subyektiv qiymətləndirilməni əks etdirən bütün spektr göstəricilərinin qeyd olunması mühüm hesab edilir. Bu spektrə aşağıdakı komponentlər daxildir: somatik, koqnitiv, affektiv, sosial, iqtisadi, həmçinin "Mən - fəaliyyəti" aspektləri [12,16]. Etiraf edilir ki, bu cür kompleks təhlil xəstələrin həyat keyfiyyəti barədə daha dolğun təsəvvür yaratmasına imkan verir. Ruhi xəstələrin sosial fəaliyyəti və həyat keyfiyyəti probleminə həsr olunmuş ətraflı tədqiqatın nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, yuxarıda göstərilən göstəricilər arasında disosiasiyası, yəni xəstələrin obyektiv sosial vəziyyəti və onun subyektiv qiymətləndirilməsi arasında ziddiyyət mümkündür. Bu cür uyğunsuzluq xəstələrin əlavə sosial dezadaptasiyasına gətirib çıxara bilər və onun qeyd olunması, səmərəli psixiatriya yardımının göstərilməsi və psixososial reabilitasiyanın məsələlərin həll olunması üçün mühüm rol oynayır.

Beləliklə, söhbət psixi vəziyyətin və göstərilən yardımının daha bir səviyyədə qiymətləndirilməsi barədə gedir ki, bu da tərəfdaşlıq prinsipi (əvvəllər üstünlük təşkil edən paterializmə əks olaraq), xəstənin öz rəyinin cəlb olunması, öz sosial davranışına görə məsuliyyətin xəstənin özündə formalaşması əsasında qurulmalıdır. Hesab edilir ki, psixi xəstələrə göstərilən yardımının bu cür transformasiyası nəticəsində daha yaxşı nəticələr əldə etmək mümkün olur və pasiyentin özü və onun qohumları həmin dəyişikliklərə böyük məmnunluq münasibətini göstərir. Bundan başqa, sosial fəaliyyətin və həyat keyfiyyətinin göstəriciləri xəstəliyin

ağırlığın, psixopatoloji xüsusiyyətlərin, onun dinamikasının qiymətləndirilməsində istifadə edilə bilər [11, 17]. Eyni zamanda, həyat keyfiyyətinin konsepsiyası, göstərilən yardımın effektivliyinin, səhiyyə o cümlədən, psixi sağlamlığın qorunması xidmətlərin planlaşdırmasının və resursların paylaşdırılmasının qiymətləndirilməsi üçün faydalı ola bilər [11, 19].

Müəyyən tədqiqatlarda xəstələrin müalicəsi zamanı onların həyat keyfiyyətinin öyrənilməsinin vacibliyi vurğulanır [15]. Bu zaman pasiyentlərin onlara aparılan terapiyasının və ona qarşı dözümlüliyünün subyektiv qiymətləndirilməsinə mühüm əhəmiyyət verilir [9, 10]. Tədqiqatçıların əksəriyyəti bəle nəticəyə gəlirlər ki, aparılan terapiyanın arzuolunmaz kənar effektləri xəstələrin həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir [9, 10, 19]. Bununla əlaqədar, müasir dövrdə pasiyentlərin həyat keyfiyyətinin göstəricilərin dinamikasının öyrənilməsi tədqiqi protokolun, xüsusilə yeni nəsil olan psixotrop maddələrinin kliniki sınaqlarında ayrılmaz hissəsi olub. Belə ki, risperidon [18, 21] və klozapin ilə müalicəsi zamanı xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşması müəyyən olunması göstərilmişdir. Bir sıra müəlliflər göstərmişdir ki, şizofreniya xəstələrinin paliperidone ERha ilə müalicəsi onların əmək statusu və sosial fəaliyyətinə müsbət təsir göstərir [14, 18]. Moskva Elmi Tədqiqat psixiatriya Institutunun xəstəxanadan kanar psixiatriya və psixiatriya yardımını təşkili şöbəsində aparılmış seriya tədqiqatlar nəticəsində [1, 2] müəyyən olunmuşdur ki, atipik antipsixotiklər xəstələrin sosial davranışın bərpasına səbəb olmuşdur. Bu nəticələr [13] digər tədqiqatların nəticələrinə uyğun olmuşdur.

Ümumilikdə etiraf edilir ki, adekvat psixofarmakoterapiya ilə birlikdə aparılan reabilitasiya tədbirləri xəstələrin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasına imkan yarada bilər. Bununla yanaşı, [17] ayrı-ayrı göstəricilərin bərpasının qeyri-müntəzəmliyini nəzərə almaq lazımdır çünki, bəzi göstəricilərin qabaqlayıcı dinamikası, bəzilərin isə ləngiməsi xəstələrin davranışın həkim tərəfindən verilən tövsiyələrinə qarşı uyğunluğuna təsir edə bilər və bu halda xüsusi psixososial tədbirlərin aparılmasına səbəb ola bilər [5].

Psixi pozuntudan əziyyət çəkən şəxslərin sosial reabilitasiya vasitələrinin axtarışı, müasir sosial işin mühüm vəzifələrdən biridir. Bu məsələ bir neçə əsas amillərlə şərtlənir: psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən şəxslərin sayının artması; əlverişsiz sosial-psixoloji amillərin əhəmiyyətli təsiri; psixi pozğunluqların kliniki xüsusiyyətləri ilə. Bir çox hallarda bu vəzifə əhalinin qlobal qocalması (psixi pozğunluqlar 60-70% ahıl yaşlı əhalidə müşahidə edilir) ilə şərtlənir. Bununla əlaqədar, hal-hazırda psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən xəstələrə aparılan tibbi tədbirləri ilə kompleksdə sosial reabilitasiyası üçün müvafiq şərait yaradılmalıdır. Uzun müddət hesab olunurdu ki, əhalinin xəstələnmənin əsas amilləri ölüm halların yüksək riski olan ürək-damar sisteminin və bədxassəli xəstəlikləri təşkil edir. Lakin, Dünya Bankı və ÜST tərəfindən yaşam keyfiyyəti üçün vacib olan itirilmiş illəri haqqında məlumatlarının aparılmış hərtərəfli təhlili nəticəsində müəyyən olmuşdur ki, əvvəllər əhalinin sağlamlığının itirilməsinin ən mühüm səbəbi kimi sayılmayan depressiya və demensiya şəklində keçən psixi xəstəliklər, ürəyin işemik xəstəliyi və insultlardan sonra üçüncü və dördüncü yerdədir. Hətta, dünyanın iqtisadi cəhətdən ən inkişaf etmiş ölkələrində əlillik nəticəsində keyfiyyətli həyatın itirilməsinə görə psixi xəstəliklər birinci yeri tutur (11,8%-i təşkil edir), onların arxasınca demensiyadan (8,9%) əziyyət çəkən xəstələrdir. Bununla bərabər çox vacibdir ki, demensiyaların yayılma dərəcəsi və onların əhəmiyyəti əhalinin qocalma hüdudu ilə bərabər artır.

XX əsrin sonunda 15 iqtisadi cəhətdən ən inkişaf etmiş ölkələrdə aparılmış kompleks tədqiqatların nəticəsində artıq dərəcədə müəyyən olunmuşdur ki, sosial şəraitlə müəyyən edilmiş psixi və davranış pozğunluqların fəlakətli artımı

müşahidə olunur. Belə ki, 93 il ərzində (1900-1993-ci illər) sərhədi psixi pozğunluqlarının sayı 21,4 dəfə, onlardan nevroitik və stress ilə əlaqədar olan pozğunluqların 61,7 dəfə; alkoqolizmdən əziyyət çəkən şəxslərin 8,2 dəfə, kamağılığın sayı isə 30 dəfə artmışdır [9].

Müasir dövrdə psixi pozuntulardan əziyyət çəkən şəxslərə qarşı cəmiyyət tərəfindən münasibətinin dəyişməsi son zaman tibbdə bütövlükdə baş verən humanizmləşmə prosesi ilə sıx əlaqədardır. Bu proses psixiatriyada, ilk növbədə, ÜST tərəfindən çoxdan öyrənilməsinin vacibliyinə diqqət etirilən sosial psixiatriya probleminə marağın canlanması ilə müşayiət olunur. Hər bir şəxs istənilən həyat dövründə əlil ola bilər. Lakin, əlil olma faktından asılı olmayaraq, insanlar öz sosial əlaqələrin və münasibətlərin saxlanması, özünü və öz biliklərini inkişaf etdirməyə çən atırlar. Bəşəriyyətin inkişafının tarixi sübut edir ki, cəmiyyətin müxtəlif vaxtlarında əlillər fərqli mövqə tutub ona təsir göstərə biliblər. Psixi pozuntudan əziyyət çəkən şəxslər 2000 il ərzində stigmatizasiyaya məruz qalırdı. Terminin mənşəyi "stigma" sözü ilə bağlıdır ki, bu sözlə Qədim Yunanıstanda qul və ya cinayətkarın bədənində vurulan damğanı adlandırırdılar. XIX əsrin ikinci yarısından bu söz məcazi mənada "biabırçı damğa", "nişanə", tibbdə isə "xəstəliyin əlaməti" kimi istifadə olunub.

Stigmatizasiya probleminə həsr olunmuş ilk kompleks tədqiqatı, 1963-cü ildə amerika sosioloqu İ.Qoffmanın "Stigma. Şikəst edilmiş şəxsiyyətin xüsusiyyətləri barədə" mövzusunda əsəri olmuşdur. Bu əsərdə müəllif stigmatizasiyanın ictimai sanksiyaların tətbiqi məqsədilə fərdlərin qəbul olunmuş normalardan kənarlaşmalar əsasında seçilməsi prosesi kimi tərifini verir. Rusdilli müəllifləri (M Kabanov, A. Lomaçenkov, A.Yuryev, A.Kosübinski, Q. Burkovski) tərəfindən stigmatizasiyanın daha müasir tərifində qeyd olunur ki: "Stigmatizasiya - cəmiyyət tərəfindən fərdin (və ya sosial qrupun) hər hansı bir əlamətə görə neqativ ayrılması və buna görə həmin fərdə (və ya sosial qrupa) qarşı stereotip sosial reaksiyaların tətbiq olunmasıdır".

Psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən xəstələrə qarşı stigmatın yaranma tarixinə A.Qurbanovun "Psixi saqlıqlıq sahəsində mülki-hüquqi münasibətlər: tarixi aspekt" mövzusunda əsəri həsr olunmuşdur. Müəllif yazır ki,: "psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən şəxslərə qarşı tarixən iki cür əsas münasibəti məlumdur – rədd etmə və ehtiram. Birincinə əsasən, bu cür xəstələrin hər bir əməlləri Allah tərəfindən cəzalandırılan cinayət kimi qəbul olunurdu. Roma hüququndan başlayaraq psixi pozuntusu olan xəstələri "dəlisov", "çılğın", "dəli", "ruhi xəstələr və kəmağıl", "cinli", "qəzəblənən", "kəmağıl", və hətta "xəstəliyin tutmasında unutkanlıq və ya dəlilik ilə nəticələnən hərəkət edənlər", "beynindən məhrum", və "lunatiklər (yuxuda gəzən)" adlandırırlar. İkinci münasibətdə isə bu cür xəstələrdə olan psixi pozğunluqları "İlahi hədiyyəsi", "müqəddəslik", "dahililik" kimi qəbul edirlər".

Dövlətçilik inkişafının bütün mərhələlərində psixi pozuntulardan əziyyət çəkən şəxslərə ictimai himayə etmə institutu yardım edirdi. Bu yardımının qanunvericiliklə tənzimlənmə xarakteri, psixi pozğunluqlardan əziyyət çəkən şəxslərə qarşı dövlətin, cəmiyyətin münasibəti, psixi pozuntuların yaranma səbəblərin və təzahür formalarının anlaşma dərəcəsi ilə şərtlənir. İctimai himayə etmə institutunun təşkili dövlətin inkişaf səviyyəsi, maddi imkanları, ictimai münasibətləri, təbəqə fərqləri və toplanmaları, elmi biliklər ilə müəyyən olunur. Bu təşkilinin əsasında bələ müddəa durur ki, "öz əqli imkanlarına görə ictimai qaydalara riayət edə bilməyən şəxslərə, himayəçilik, lazım gələndə isə onların yaşamasına kömək etmək dövlətin əsas vəzifələrindən biridir". Bu halda dövlət rəsmilərinin psixi pozuntusu olan şəxslərin ictimai himayəsini digər kateqoriyalı vətəndaşların himayəsindən, məsələn, azyaşlı və ya fiziki qüsurları olan şəxslərdən

fərqli təşkil edir. Bu da həm xəstənin özünün, həm də cəmiyyəti xəstəliyin təhlükəli təzahürlərindən qorunması məqsədi ilə xüsusi tibbi nəzarətini müalicə prosesi ilə uyğunlaşdırmasının zərurəti ilə əlaqədardır.

Cəmiyyətin bütün üzvlərinin ləyaqət tanıdığı təmin edən Ümumdünya İnsan Hüquqları Bəyannaməsinin (10 dekabr 1948-ci il tarixli) fundamental müddələrinin (hər kəsin sosial təminat almağına, yəni "əlilin sağlamlığının və onun ailə üzvlərinin rifahının optimal səviyyədə saxlanması üçün zəruru tibbi qulluq və sosial xidmət, qida, geyim almaq, yaşayış yeri ilə təmin olunmaq" hüququ) tədricən həyata keçirilməsi sayəsi nəticəsində əlillərə qarşı münasibət köklü şəkildə dəyişməyə başlamışdır.

Müasir dövrdə psixiatriya xidmətinin inkişafının ən mühüm vəzifələrdən biri sırf tibbi yardım modelindən bioloji, psixoloji və sosial yardım modelinə keçməsidir. Biopsixososial modelinin praktiki tətbiqi sosialyönlü klinik təcrübəsinin tətbiqi olub. Həmin təcrübə mütəxəssis və pasiyent arasında mütləq etimadın yaranmasına əsaslanır. Etimad – mütəxəssisin professional fəaliyyətini rühlandıran sosialyönlü klinik təcrübəsinin fundamental prinsipidir. Çox nadir istisnalar olmaqla, əksər tibb nəşrlərdə olan münasibət modellərinin təsvirində əsas diqqət mütəxəssis ilə pasiyent arasında yaranmış münasibətlərinin emosional mühitinə deyil, yalnız mütəxəssisin peşə səlahiyyətinə diqqət yetirilir. Buna əks olaraq, biopsixososial modelində mütəxəssis ilə xəstə arasında qayğı, etimad və açıqlıq şəraitini yaradan emosional mühitinə xüsusi əhəmiyyət vermək lazımdır. Bununla əlaqədar, hazırda kliniki amillərdən savayı psixoloji və sosial amillərə, fərdin şəxsi və sosial xüsusiyyətlərinə daha çox diqqət yetirmək lazımdır ki, bu da daha geniş və səmərəli yardım göstərməyə imkan yaradacaq. Sosial psixiatriya – psixiatriyanın mühüm yeni sahəsidir və bu sahə psixi xəstəliklərin yaranmasında sosial amillərin rolunu aydınlaşdırmağa cəhd göstərir, psixi pozuntulardan əziyyət çəkən insanlara qarşı cəmiyyətin və həkimlərinin münasibətini, psixi xəstəliklərinin sosial nəticələrini, müalicə müəssisələrinin sosial təşkilini öyrənir. Biopsixososial yanaşmasının tibb elmi yanaşmasına nisbətən üstünlüyü ondan ibarətdir ki, biopsixososial yanaşmada psixi xəstəliklərinin və sosial hadisələrin arasında qarşılıqlı əlaqələr axtarılır, solumun psixi xəstəliklərinin qediş xüsusiyyətlərinə inkişaf proqnozuna təsiri araşdırılır. Psixiatriya müəssisələrində aparılan peşəkar sosial işi bütövlükdə sosial psixiatriyanın tərkib hissələrindən biridir.

Beləliklə, psixiatrik müalicənin və sosial fəaliyyətinin əsas məqsədi psixi pozuntulardan əziyyət çəkən şəxsləri sosial gerçəklərə inteqrasiya olmasından ibarətdir. Psixi xəstələrə aparılan müalicə üçün daha humanist, ətraf ictimayətə istiqamət-ləndirilmiş olub. Sosial işinin əsas məqsədi - psixi pozuntusundan əziyyət çəkən şəxslərin uyğunlaşdırmaq və inteqrasiya etməkdən, onlara kömək etmək və qorumaqdan ibarətdir ki, ona görə də sosial işini psixiatriya sahəsində tətbiqi aktual vəzifələrdən biridir [14].

Yekündə qeyd etmək lazımdır ki, ruhi xəstələrin sosial fəaliyyətin və həyat keyfiyyətinin problemi psixiatriya yardımının təşkilinin müasir dövründə ən aktual məsələlərdən biridir. Psixi patologiyanın diaqnostikası və müalicəsində kompleks yanaşmasına daha çox diqqətinin cəlb olunması tələb olunur. Bu cür yanaşma kliniki-psixopatoloji faktorlarının müəyyən olunması ilə yanaşı, sosial-mühit, psixoloji və hətta ekzistensial göstəricilərinin cəlb olunmasını nəzərdə tutur. Psixiatriya yardımının göstərilməsi zamanı getdikcə pasiyent ilə tərəfdaşlıq istiqamətinə daha çox diqqət yetirilir; xəstə terapevtik prosesinin tamhüquqlu iştirakçısı olur ki, bu da getdikcə həm ona tətbiq edilən müalicə-diaqnostik və reabilitasiya tədbirlərinin, həm də onların nəticəsində xəstənin həyatında baş verən dəyişikliklərin qiymətləndirilməsinə artan diqqətini tələb edir. Ehtimal olunur ki,

bu cür yanaşmalar psixiatriya yardımının göstərilməsinin keyfiyyətinin artmasına, onu daha da təkmilləşdirilmiş modelinin yaranmasına imkan yaradır.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Гурович И.Я. Первый психотический эпизод: особенности терапии оланзапином. // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 2. С. 62-67.
2. Гурович И.Я. Помощь больным шизофренией с первыми психотическими эпизодами: применение кветиапина. // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 3. С. 69-72.
3. Мелехов Д.Е. Прогноз и восстановление работоспособности при шизофрении: Автореф. Дисс.....докт.мед.наук. М., 1960.
4. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза работоспособности при шизофрении. М., 1963, 198 с.
5. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дисс.....докт.мед.наук. М., 1999, 423 с.
6. Клиническая психология в социальной работе. / Под ред. Б.А. Маршнина. – М., Академия, 2002г., с. 68.
7. Кабанов М., Ломаченков А., Коцюбинский А., и др., Уменьшение стигматизации и дискриминации в отношении психически больных // <http://www20.brinkster.com/autism/read.asp?id=6&vol=0>.
8. Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/03. Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г. (по состоянию на 21.01.2004).
9. Award A.G., Hogan T.P. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome // Acta. Psychiatr. Scand. 1994. Vol. 380. P. 27-32.
10. Award A.G., Hogan T.P., Voruganti L.N., Heselgrave R.J. Patients subjective experience on antipsychotic medication: implication for outcome and quality of life // Int. Clin. Psychopharmacol. 1995. Vol. 10. Suppl. 3. P. 123-132.
11. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support system // Evaluation and Program Planning. 1982. Vol. 5. P. 69-79.
12. Bech P. Rating scales to evaluate quality of life in depressed patients. // WPA teaching bulletin on depression. 1996. Vol. 3, № 9, P. 1-3.
13. Burns T., Patrick D. Social functioning as outcome measure in schizophrenia studies // Acta. Psychiatr. Scand. 2007, vol. 116. P. 403-418.
14. Diran R., Kozma C. Relationship between function and employment status in patients with schizophrenia. // Poster presentation at the American Psychiatric Association 16 Annual Meeting. Washington. DC. May 3-6, 2008.
15. Glazer W.M., Ereshefsky L.A. A pharmacoeconomic model of outpatient antipsychotic therapy in "revolving room" schizophrenic patients. // J. Clin. Psychiatry. 1996. Vol. 57. N 8. P. 337-345.
16. Joyce C.R.B. Quality of life the state of art in clinical assessment // Quality of life: assessment and application. Lancaster, 1987. P. 169-179.
17. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry. 1997. Vol. 10. P. 337-345.
18. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. // Int. Clin. Psychopharmacol. 1995. Vol. 10. Suppl. 3. P. 133-138.
19. Oliver J. Quality of life and mental health services. London-New-York. 1996. 310 p.
20. Sullivan G., Wells K., Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. // Hosp. Comm. Psychiatry. 1992. Vol. 43. N. 8. P. 794-798.
21. Wagstaff A.J., Bryson H.M. Clozapine: A review of its pharmacological properties and therapeutic use in patients with schizophrenia who are unresponsive to or intolerant to classical antipsychotic agents. // CNS Drugs. 1996. Vol. 4. N 5. P. 370-400.

РЕЗЮМЕ

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ – ВАЖНЕЙШИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Асадов Б.М., Гаффарова Р.В.
Кафедра психиатрии АМУ.**

Ключевые слова: социальное функционирование, качество жизни, психиатрическая помощь.

Проблема социального функционирования и качества жизни психически больных, является одной из наиболее актуальных на современном этапе развития психиатрической помощи. Все большее внимание уделяется

комплексному подходу к диагностике и лечению психической патологии с привлечением не только клинико-психопатологических факторов, но и социально-средовых, психологических и даже экзистенциальных показателей. Акцент оказания психиатрической помощи все в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом. Предполагается, что подобные подходы позволят качественно улучшить оказание психиатрической помощи, создав ее всеобъемлющую модель.

SUMMARY

PSYCHIATRIC PATIENTS' SOCIAL FUNCTIONING AND QUALITY OF LIFE AS AN IMPORTANT INDICATOR OF MENTAL HEALTH CARE EFFECTIVENESS

**Asadov B.M., Qaffarova R.V.
Department of psychiatry of ATU.**

The problem of mental patients social functioning and quality of life is currently one of the most important issues. Growing attention is paid to a multi-component approach to diagnostics and treatment of mental disorders, employing not only clinical-psychopathological, but as well social-environmental, psychological and even existential indicators. Increasing shift to the focus of mental health care provision on partnership with the patient is happening. It is suggested that such approaches will allow for psychiatric care quality improvement by developing its comprehensive model.

Key words: social functioning, quality of life, mental health care.

Daxil olub: 14.02.2017.

EKSPERİMENTAL TƏVAVƏT
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА
EKSPERİMENTAL MEDİCİNE

ЛИМФОТРОПНОЕ ДЕЙСТВИЕ АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Джафарова Н.А.

***Кафедра патологической физиологии Азербайджанского
Медицинского Университета. Баку.***

Диабетическая нефропатия (ДН) представляет собой специфическое поражение при сахарном диабете (СД), сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, приводящее к потере фильтрационной и азотовыделительной функции почек и смерти больных от терминальной почечной недостаточности [8, 10, 11]. Она является наиболее частой причиной развития терминальной стадии хронической болезни почек и развивается у 40–45% пациентов с СД [2, 3, 11]. Более того в ряде экономически развитых стран ДН вышла на первое место по потребности в заместительных видах терапии почечной недостаточности (гемодиализ или трансплантация почки), оставляя на второе - третье места первично-почечные заболевания любой этиологии [8, 13].

Появление клинических признаков поражения почек означает наступление грубых и необратимых изменений в структуре нефрона и интерстиции, а также свидетельствует об относительно малой эффективности терапевтических мероприятий [5, 14].

Для предотвращения ДН, необходимо своевременные профилактика и лечение. В течение последних двух десятилетий накоплен большой научный опыт, позволивший с новых позиций осветить патофизиологические механизмы развития осложнений у больных сахарным диабетом и проводить патогенетически обоснованную коррекцию выявленных нарушений. В частности стало известно, что наряду с гипергликемией гиперлипидемия выступает как патологический фактор в развитии диабетического поражения почек [6, 7, 9, 12]. Как и при атеросклерозе в этом важную роль отводят модифицированным липопротеидам низкой плотности (ЛНП), которые проникают через повреждённый эндотелий капилляров почечных клубочков и способствуют развитию в них склеротических процессов. Следует отметить, что все эти исследования проводилось в основном в кровеносном русле. При этом лимфатическая система оставалась в тени. Подобное состояние проблемы и представляемые пути ее решения определила направленность настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Опыты проводились на 35 кроликах, обоего пола, породы «Шиншилла», весом 2,2-3,0 кг. Экспериментальную модель сахарного диабета воспроизводили путем однократного подкожного введения аллоксана моногидрата (Sigma, США) в дозе 150 мг/кг в виде 5% водного раствора, после предварительной 24-часовой голодной диеты (при свободном доступе воды). Для уменьшения гибели животных вследствие гипогликемического шока кролики после индукции диабета вместо воды получали 5%-ый раствор глюкозы. После введения аллоксана в 25% животных развивалось крайне тяжелое состояние с гипергликемией выше 30 ммоль/л, поэтому они были выведены из эксперимента на 5-е сутки. В эксперименте использовали животных с сахарным диабетом средней тяжести (с уровнем глюкозы крови натощак от 10 до 20 ммоль/л).

Все животные разделили на две группы. У 17 кроликов контрольной группы после моделирования аллоксанового СД проводили только сахароснижающую терапию, а у 18 кроликов опытной группы после моделирования аллоксанового СД в комплекс сахароснижающей терапии включали аторвастатин. Терапия аторвастатином проводилась в течение 2 месяцев, доза которого составляла 10мг/кг в сутки.

Для анализов кровь брали из ушной вены кролика, а лимфу из дренированного грудного протока по методу А.А.Корниенко и др. [4] с модификацией М.Х.Əliyev, В.Қ.Мəmmədov [1]. При этом в качестве наркозного средства использовали растворы калипсола (8 мг/кг) и димедрола (0,15 мг/кг 1%-го раствора), которые вводили в ушную вену кролика. Забор крови и лимфы для анализов осуществляли на 5-е, 15-е, 30-е, 60-е и 90-е сутки после введения аллоксана. Для оценки нарушения липидного обмена в лимфе определяли содержание общего холестерина (ХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП) и триглицеридов (ТГ) на биохимическом анализаторе BioScreen MS-2000 (Германия). Скорость лимфооттока (СЛО) оценивали по объему лимфы, оттекающей из дренированного грудного протока в единицу времени. При статистической обработке результатов эксперимента

применяли непара-метрические и параметрические методы анализа; данные обрабатывались при помощи пакетов программ EXCEL и Statistika по Стьюденту-Фишеру и методом Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования липидного состава лимфы, полученного из дренированного грудного протока показали, что липидный спектр лимфы при моделировании аллоксанового СД у кроликов (таблица 1) подвергается весьма значительному изменению. Так, уже через 5 суток исследования содержания Х- ЛПНП и Х-ЛПОНП заметно возрастали, превышая нормы на 28,3% и на 46,1%, соответственно ($p < 0,01-0,001$). Такая динамика изменений содержания Х- ЛПНП и Х-ЛПОНП сохранялась в течение 2-х месяцев. За указанный период исследования эти показатели возрастали до максимальных значений (превышали соответствующие исходные уровни более, чем 2,2 раза и на 87,2%, $p < 0,001$). В последующем периоде исследования обоих показателей, по сравнению с предыдущим периодом исследования, незначительно снижались. При этом содержание ОХ и ТГ сначала (через 5 суток исследования) имели тенденцию к повышению. А в последующие периоды (через 15 и 30 сутки) исследования возрастали, превышая исходные показатели на 11,6% и на 11,0%, соответственно ($p < 0,05$). В дальнейшем (через 30 суток исследования) содержание ОХ уменьшалось до нормы, а через 3 месяца исследования оно снова возрастало, достигая до 112,1% от исходного ($p < 0,05$). Однако содержание ТГ в лимфе по мере увеличения срока исследования неуклонно возрастало и в течение 3-х месяцев достигало до 123,8% от исходного ($p < 0,01$). Содержание Х-ЛПВП наиболее выраженным изменениям подвергалось только 15-й суток после введение аллоксана - по сравнению с нормой, уменьшалось на 14,7% ($p < 0,05$). Такая динамика сохранялась в течение 2-х месяцев исследования. При этом оно максимально снижалось, составляя 46,6% исходной величины ($p < 0,001$).

Таблица № 1

Показатели липидного обмена в лимфе при экспериментальном сахарном диабете у кроликов ($M \pm m$; $n=17$)

Показатели	Исходное состояние	Сроки после введение аллоксана (сутки)				
		5	15	30	60	90
n	7	7	6	5	5	5
ХС (ммоль/л)	1,98±0,03	2,11±0,05	2,17±0,03	2,21±0,04*	2,16±0,04	2,22±0,04*
Х-ЛПВП (ммоль/л)	0,75±0,04	0,74±0,03	0,64±0,05*	0,41±0,04***	0,35±0,04***	0,41±0,03***
Х-ЛПНП (ммоль/л)	0,53±0,02	0,68±0,03*	0,93±0,05**	1,12±0,04***	1,2±0,03***	1,27±0,04***
Х-ЛПОНП (ммоль/л)	0,39±0,03	0,57±0,04**	0,61±0,03***	0,69±0,04***	0,73±0,05	0,71±0,04
ТГ (ммоль/л)	1,30±0,05	1,39±0,04	1,36±0,05	1,43±0,04	1,58±0,04	1,61±0,03
СЛО (мл.мин/кг)	0,22±0,02	0,20±0,02	0,18±0,03	0,16±0,03	0,16±0,04	0,14±0,03

Примечание: статистически значимая разница с исходными показателями:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Исследование СЛО из грудного протока показали, что моделирование сахарного диабета отрицательно влияет на лимфатический дренаж тканей у кроликов. Это выражалось в неуклонном уменьшении СЛО из грудного

протока в течение всего опыта. К концу исследования она уменьшалась до 63,6% от исходной величины ($p < 0,001$).

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что моделирование сахарного диабета осложняется с развитием дислипидемии, которая проявляется в виде повышения уровня ХС, ТГ, Х-ЛПВП и Х-ЛПОНП на фоне уменьшения содержания Х-ЛПВП как в крови, так и в лимфе на фоне весьма значительной уменьшения СЛО из грудного протока. Последнее свидетельствует об активном включении лимфатической системы в механизм развития дислипидемии при сахарном диабете, способствуя накоплению в тканях, в том числе и в ткани почек продуктов нарушенного метаболизма, создавая тем самым благоприятное условия для нефротоксического действия дислипидемии.

Результаты применения аторвастатина в комплексной лечении экспериментального СД у кроликов представлены в таблице 2. Как видно из нее введение аторвастатина способствует к значительному изменению липидного состава лимфы из дренированного грудного протока. Хотя, эти изменения по сравнению с соответствующими исходными показателями были незначительными. Так, заметное снижение содержания ОХ фиксировали через 15 суток (уменьшалось до 85,8% от исходного, $p < 0,05$), Х-ЛПВП – через 30 суток (уменьшалось до 88,0 от исходного, $p < 0,05$), Х-ЛПНП – через 90 дней исследования (уменьшалось до 83,0% от исходного, $p < 0,05$). При этом содержания Х-ЛПНП и Х-ЛПОНП незначительно увеличивались, соответственно на 12,8% (через 60 суток исследования, $p < 0,05$) и на 28,2% (через 90 суток исследования, $p < 0,05$). К значительным изменениям подвергались также СЛО из грудного лимфатического протока. Заметные изменения СЛО из грудного протока фиксировали через 15 суток после введения аллоксана, она уменьшалась до 81,8% от исходного ($p < 0,05$). Такая динамика сохранялась и в дальнейшем, СЛО из грудного протока до конца исследования (в течение 90 суток) снижалась до 63,6% от исходного ($p < 0,001$).

Таблица № 2

Влияние липидного обмена в лимфе при аллоксановом сахарном диабете у кроликов ($M \pm m$; $n=18$)

Показатели	Исходное состояние	Сроки после введение аллоксана (сутки)				
		5	15	30	60	90
n	7	7	6	5	5	5
ХС (ммоль/л)	1,98±0,03	2,20±0,09	1,70±0,07***	1,82±0,05*	1,89±0,06*	1,80±0,07**
Х-ЛПВП (ммоль/л)	0,75±0,04	0,77±0,05	0,70±0,07	0,66±0,05***	0,69±0,07***	0,73±0,08***
Х-ЛПНП (ммоль/л)	0,53±0,02	0,63±0,05*	0,56±0,04**	0,50±0,07***	0,60±0,05***	0,44±0,06***
Х-ЛПОНП (ммоль/л)	0,39±0,03	0,56±0,05**	0,40±0,06**	0,36±0,04***	0,44±0,03***	0,50±0,05***
ТГ (ммоль/л)	1,30±0,05	1,31±0,04	1,26±0,06	1,20±0,08*	1,25±0,07**	1,34±0,09*
СЛО (мл.мин/кг)	0,22±0,02	0,21±0,01	0,17±0,02**	0,19±0,01*	0,21±0,03**	0,23±0,04***

*Примечание: статистически значимая разница с контрольными показателями: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.*

Таким образом, результаты исследования у животных контрольной группы показали, что моделирование аллоксанового СД способствует к

значительному изменению липидного состава лимфы, на фоне угнетения лимфатического дренажа тканей. Сопоставляя данные настоящего исследования с литературными можно заключить, что лимфатическая система весьма активно вовлекается в патогенез сахарного диабета. Учитывая все это у животных опытной группы в комплекс сахароснижающей терапии включали аторвастатин.

Результаты исследования (таблица 2) показали, что применение аторвастатина благоприятно действует не только на липидный состав крови (как это свидетельствуют литературные данные), но и на липидный состав лимфы, проявляя весьма выраженный липотропный эффект. Так, нормализующий эффект аторвастатина в лимфе фиксировали через 15 суток исследования – содержание ОХ по сравнению с исходным уровнем снижалось до 85,8%, а по сравнению с аналогичным периодом контрольных показателей, еще больше – до 78,4% ($p < 0,01$). В указанный период исследования показатели Х-ЛПВП, Х-ЛПНП, Х-ЛПОНП и ТГ нормализовались, а по сравнению с соответствующими контрольными показателями уменьшались содержание только Х-ЛПНП и Х-ЛПОНП на 39,8% и на 34,4%, соответственно ($p < 0,01-0,001$). Такая динамика изменений в липидном составе лимфы сохранялась в течение всего опыта. Выявлено достоверное уменьшение уровня атерогенных липидов, таких, как общего ХС ($p < 0,001$), Х-ЛПНП ($p < 0,001$), Х-ЛПОНП ($p < 0,001$) и ТГ ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению содержания Х-ЛПВП с $0,35 \pm 0,04$ до $0,73 \pm 0,08$ ммоль/л ($p > 0,001$). Исследования СЛО из грудного протока у данной группы животных показали, что применение аторвастатина заметно улучшило лимфатический дренаж тканей. Хотя, в течение месяца исследования СЛО из грудного протока существенно не отличалась от исходных значений, а в последующие периоды исследования она возрастала до пределах исходного показателя и превышала (на 31,2% и на 64,3%) соответствующие показатели контрольных животных ($p < 0,05 - 0,001$). Таким образом, результаты настоящего исследования показали, что аторвастатин обладает весьма выраженным лимфотропным эффектом. Об этом свидетельствуют улучшения исходно нарушенных показателей липидотранспортной системы лимфы и лимфатического дренажа тканей. Последнее, усиливая выведение из интерстиции токсичных продуктов из тканей, в частности из почек, создает благоприятное условие для саногенетических процессов.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

- 1.Əliyev M.X., Məmmədov V.Q. Xroniki eksperimentdə adadovşanlarında mərkəzi limfanın alınması üsulu// Azərbaycan Tibb jurnalı, 1990, №11, s.48–50
- 2.Бондарь И.А., Климонтов В.В. Почки при сахарном диабете: патоморфология, патогенез, ранняя диагностика, лечение. Новосибирск: Издательство НГТУ, 2008;73–75
- 3.Дедов, И.И. Диабетическая нефропатия Текст. / И. И. Дедов, М. В. Шестакова. М., 2000. - 239 с.
- 4.Корниенко А.А., Куликовский Н.Н., Сорокатый А.Е. Катетеризация грудного протока в эксперименте. В кн.: Актуальные вопросы топографической анатомии и оперативной хирургии. М.: 1977, вл.1, с.22-26
- 5.Лебедева Н.О., Викулова О.К. Маркеры доклинической диагностики диабетической нефропатии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа. // Сахарный диабет, 2012, №2, с.38–45
- 6.Нгуен Зань Хань. Липидный обмен при сахарном диабете и его осложнениях. Дисс. к.м.н., Москва, 2015, 143с.
- 7.Самойлова Ю.Г., Юрченко Е.В. Особенности липидного обмена у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа в зависимости от наличия диабетических микроангиопатий и характера питания// Бюллетень сибирской медицины, 2014, том 13, № 5, с. 87-92 87
- 8.Шестакова М.В., Шамхалова М.Ш., Ярек-Мартынова И.Я. и др. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: достижения, нерешенные проблемы и перспективы лечения// Сахарный диабет, 2011, №1, с.81–88
- 9.Cechowka-Pasko, M. Decreased biosynthesis of glycosaminoglycans in the skin of rats with chronic diabetes mellitus// Exp. Toxicol. Pathol. 1999, Vol.51, №3, p.239-243
- 10.Donnely R. Horton E.Vascular complications of diabetes Blackwell Publishing, USA, 2005, P.233

11. Feld LG., Barratt T.M., Avner E.D. Diabetic nephropathy// Pediatric nephrology /Baltimore : Lipincott Williams&Wilkins, 2004. P. 931-939
12. Hovind, P., Tarnow L., Rossing P. Improved survival in patients obtaining remission of nephritic range albuminuria in diabetic nephropathy// Kidney Int. 2004, Vol.66, pp.1180-1186.
13. Mogensen, C.E., Soiling K., Vittinghus E. Studies on mechanism of proteinuria using aminoacid-induced inhibition of tubular reabsorption in normal and diabetic man// Contr. Nephrol., 2000, Vol.26, p.50-65
14. Rabbil B., Murphy B., LeRoith D. Rationale and strategies for early detection and management of diabetic kidney disease // Mayo Clin. Proc. 2008. Vol. 83. № 12. P. 1373–1381.

X Ü L A S Ə

EKSPERİMENTAL ŞƏKƏRLİ DIABET ZMANI ATORVASTATİNİN LİMFOTROP TƏSİRİ

Cəfərova N.Ə.

Azərbaycan Tibb Universitetinin patoloji fiziologiya kafedrası. Bakı.

Açar sözlər: alloksan, diabetik nefropatiya, limfa, lipid mübadiləsi, toxumaların limfadrenajı, atorvastatin.

Tədqiqatın əsas məqsədi şəkərli diabeti alloksanla modelləşdirən zaman limfa sisteminin lipid mübadiləsinin pozulmasında rolunu öyrənməkdən və atorvastatinin limfatrop effektini müəyyənləşdirməkdən ibarət olmuşdur. Tədqiqatlar iki seriyaya bölünmüş 35 baş dovşan üzərində yerinə yetirilmişdir. Nəzarət qrupuna daxil olan 17 dovşan üzərində aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, alloksan ŞD dovşanlar üzərində modelləşdirilməsi limfada aterogen lipidlərin miqdarının artmasına səbəb olur. Bu zaman toxumaların limfadrenajı da nəzərə çarpacaq dərəcədə pozulur. Atorvastatinin tətbiq edilməsi (təcrübə qrupu) təkcə qanda deyil (ədəbiyyatdan məlum olduğu kimi), mühüm limfatrop təsir göstərməklə limfada təyin edilən lipidlərə də əlverişli təsir göstərmişdir. Bu zaman toxumaların limfadrenajı xeyli yaxşılaşmışdır. Beləliklə, tədqiqatın nəticələri göstərmişdir ki, atorvastatin aydın ifadə edilmiş limfatrop təsir effektinə malikdir. Bunu limfada əvvəlcədən pozulmuş lipiddaşıma sisteminin və toxumaların limfadrenajının yaxşılaşması sübut edir. Sonuncu hüceyrəarası sahələrdə toplanmış pozulmuş mübadilənin toksik məhsullarının toxumalardan, o cümlədən böyrəklərdən daşınmasını yaxşılaşdırmaqla sanogenetik proseslər üçün əlverişli şərait yaradır.

S U M M A R Y

LYMPHOTROPIC ACTION OF AN ATORVASTATIN AT AN EXPERIMENTAL DIABETES MELLITUS

Jafarova N.A.

Department of pathological physiology of the Azerbaijani Medical University.

Keywords: alloxan, diabetic nephropathy, lymph, lipideexchange, lymphatic drainage of tissues, atorvastatin.

The purpose of the real research was studying of a role of lymphatic system in disturbance of lipide exchange when modeling an alloxan diabetes mellitus and identifying of lymphotropic effect of an atorvastatin. Researches were conducted on 35 animals divided into two series. Results of a research at 17 rabbits of a control series showed that modeling of alloxan DM promotes very expressed augmentation the maintenance of atherogenous lipids in a lymph, against the background of noticeable oppression of a lymphatic drainage of

tissues. Use of an atorvastatin (pilot batch) favorably affected not only lipide structure of a blood (as it testifies literary data), but also lipide structure of a lymph, showing very expressed lipofotropy effect. At the same time the lymphatic drainage of tissues considerably amplifies. Thus, results of the real research showed what atorvastatine has very expressed lymphotropic effect. This is evidenced by improvements of initially broken indicators of lipidotransportny system of a lymph and a lymphatic drainage of tissues. The last, strengthening removal from an interstition of toxiferous products from tissues, in particular from kidneys, creates a favorable condition for the processes of a sanogenezis.

Daxil olub: 2.03.2017.



* ƏCZAÇILIĞIN PROBLEMLƏRİ * ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ *
* PROBLEMS of PHORACOLOGY *

INULA MONTANA L. BİTKİSİNİN ÇİÇƏK VƏ OTUNUN ELEMENT TƏRKİBİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

Qarayev¹ E.E., Ollivier¹ E., Chiffolleau² P., Roux³ D., Sallanon³ H.,
Elias¹ R.

¹Fransa, Marsel, Eks-Marsel Universitetinin Farmakoqnoziya və Etnofarmakologiya Laboratoriyası,

²Fransa, Luberon, Luberon Regional Parkı,

³Fransa, Avinyon, Avinyon və Voklyuz Universiteti, Meyvələrin və Tərəvəzlərin Fiziologiyası Laboratoriyası

Açar sözlər: *Inula montana*, element tərkibi

Keywords: *Inula montana*, microelemental analysis

Dağ andızı (*Inula montana* L.) mürəkkəbçiçəklilər fəsiləsinə (*Asteraceae*) aid olmaqla Fransa, İspaniya, İsveçrə, İtaliya və şimali Afrikada geniş yayılmışdır [3]. Xalq təbabətində bitkinin çiçəklərindən, otundan, kök və kökümsovundan ödqovucu, iltihab əleyhinə, öskürəkkəsici, revmatizmdə əzələ ağrılarında və bağırsaq koliklərində istifadə edilir [3,4].

Bitkilərdən müalicə vasitəsi kimi istifadə etdikdə onun kimyevi tərkibində olan bioloji fəal maddələr əsas götürülür. Lakin xammalın tərkibində olan elementlərə bəzən fikir verilmir. Mikroelementlər orqanizmdə vacib funksiyaları yerinə yetirirlər. Belə ki, dəmir zülallar – hemoproteinlərdə (hemoqlabin, mioqlabin, sitoxrom və s.) rast gəlinir, sink tərkibli ferment və hormonların sayı 200-dən artıqdır (timulin, insulin və s.), mis neyromediaorların sintezi üçün lazım gələn dofamin-β-hidroksilazanın, kobalt sianokobalaminin tərkibinə daxildir və s.

Nəzərə almaq lazımdır ki, canlı orqanizm mürəkkəb dinamik poliliqand və polimetallik sistemdir, yəni molekul və ionların mərkəzi kompleks əmələgətirici atom ilə əlaqəli endogen liqandlar adlanan kompleks birləşmədir. Orqanizmin homeostazını tənzim edən belə biokomplekslərin yaranmasında mərkəzi kompleks əmələgətirici atom kimi mikroelementlər çıxış edir. Onların da bir çoxu orqanizmdə mikroelementlərin bioloji fəal maddələrlə helatları şəklində rast gəlinir. Helatlar

liqandın mərkəzi atom metal ilə iki və daha artıq rabitə vasitəsilə birləşmiş tsiklik birləşmələrdir.

Sabit kompleks birləşmələr, məsələn, hemoqlabin, sianokobalamin, sitoxromlar orqanizmdə daim öz funksialarını yerinə yetirirlər. Qeyri-sabit komplekslər hər hansı funksiyayı yerinə yetirdikdən sonra parçalanırlar. Belə hallarda metal ionları fermentlərin katalitik fəallıqları dövründə onları aktivləşdirici funksiya daşıyırlar [1].

Orqanizmdə hüceyrə miqdarının sabitliyi onların artması və apoptozu, yəni proqramlaşdırılmış məhvi hesabına qorunur. Metal ionlarının növündən və miqdarından asılı olaraq bu nisbət dəyişə bilər [2].

Tədqiqat işinin məqsədi dağ andızı (*I. montana* L.) bitkisinin element tərkibinin öyrənilməsindən ibarətdir. Bitkinin element tərkibi ilk dəfədir ki, tədqiq edilir.

Tədqiqatlar Fransanın Azərbaycan Respublikasındakı səfirliyinin maddi dəstəyi ilə yerinə yetirilmişdir.

Material və üsullar: Tədqiqat üçün xammal *I. montana* bitkisinin çiçək və otu - 2014-cü ilin yay aylarında Fransanın cənubunda Bonnieux kommunasının Luberon qoruğunda toplanmışdır.

I. montana bitkisinin çiçək və otunun mikroelement tərkibi AMEA Geologiya institutunda N.Sadiqovun rəhbərliyi altında yerinə yetirilmişdir. Xammalın element tərkibi ABŞ istehsalı olan “Agilent technologies İCP MS 7700e” induktiv əlaqəli plazmalı mass-spektrometrdə (İÖP-MS) təyin edilmişdir.

İnduktiv əlaqəli plazmalı mass-spektrometriya üsulu (İÖP-MS) bir çox elementlərə qarşı yüksək həssaslığa malik olması, eyni zamanda onların təyin edilmə imkanları və yüksək dəqiqliyə malik olması ilə əlaqədar elementlərin bitki xammalında, bioloji materialda, suxur və s. obyektlərdə təyin edilməsində aparıcı üsul kimi son zamanlar digər analitik üsulları sıxışdırıb çıxarmışdır. Üsulun əsasını arqon induktiv əlaqəli plazmadan ion mənbəyi kimi istifadə və nəticədə əmələ gələn ionların mass-spektrometr vasitəsilə təyin edilməsi təşkil edir.

I. montana bitkisinin çiçək və otunun mikroelement tərkibinin təyin edilməsi məqsədilə platin putada 0.1 qr bitki xammalı nümunəsi (çiçək və ot) üzərinə 14 ml mineral turşular qarışığı əlavə edilir (10ml - HF + 2ml H₂SO₄ + 2ml HNO₃). Üzərinə mineral turşu qarışığı əlavə edilmiş bitki nümunələri saxlayan platin puta xüsusi avtoklavlarda Sineo MBES-86 mikrodalğalı sobada 1500-1800C temperaturda qısa bir zamanda minerallaşdırılır. Turşu və temperatur təsirindən ionogen vəziyyətə düşmüş mikroelementlər “Agilent technologies İCP MS 7700e” induktiv əlaqəli plazmalı mass-spektrometrdə təyin edilmişdir.

Bitkinin çiçək və otunun element tərkibinin analizi nəticəsində əldə edilən göstəricilər aşağıdakı cədvəldə əks edilmişdir.

Cədvəl № 1.

***I. montana* bitkisinin çiçək və otunun element tərkibi və normalar [5],
mkq/kg (ppb)**

<i>I. montana</i>	V	Cr	Mn	Fe	Co	Cu
Otu	1027,31	1659,78	18952,33	497995,24	99,97	7139,77
Çiçəklər	2712,15	2936,51	33844,16	438453,33	249,36	6321,08
Norma						≤ 40000
	Zn	As	Cd	Pb	Ni	
Otu	32,31	129,2	9,51	2293,5	3234,16	
Çiçəklər	48,88	318,2	25,98	4035,5	4395,24	
Norma		≤ 5000	≤ 500	≤ 5000	≤ 10000	

Cədvəldən göründüyü kimi bitkinin çiçək və otunun tərkibində ağır metalların miqdarı qəbul edilmiş normadan azdır. Ağır metallara Mendeleeyevin dövrü cədvəlində atom çəkisi 50-dən artıq olan 40-dan çox metal aid edilir. Ağır metallar güclü toksik təsirə malikdirlər və orqanizmdə geridönməz patoloji proseslər yarada bilirlər. Belə ki, qurğuşun orqanizmdə immunogenezi və spermatogenezi təmin edən fermentlərdə zink elementini sıxışdırıb əvəzləyir, qanyaradıcı orqanların fəaliyyətini pozaraq anemiyaya səbəb olur. Kadmium ağ ciyər kanserogenidir. Arsen zülalların sulfhidril qrupları ilə birləşərək orqanizmə kanserogen təsir göstərir. Nikel kiçik dozalarda qanyaradıcı orqanların fəaliyyətində iştirak edir, insulunin funksiyasını aktivləşdirir, böyük dozalarda isə DNT və RNT-yə təsir göstərir və bədən xassəli şişlərin yaranma riskini artırır. Mis orqanizmdə bəzi fermentlərin tərkibində (sitoxromoksidaza və s.) vacib funksiyalar yerinə yetirir, lakin artıq dozada kapilyarlarda hemolizə səbəb olur, qaraciyər və böyrəklərə zədələyici təsir göstərir.

Nəticələr və müzakirə. Fransada toplanılmış mürəkkəbçiçəklilər fəsiləsinə (*Asteraceae*) aid olan dağ andızı (*Inula montana* L.) bitkisinin çiçək və otunun element tərkibi “Agilent technologies ICP MS 7700e” induktiv əlaqəli plazmalı mass-spektrometrdə (İƏP-MS) vəsfi və miqdarca təyin edilmişdir. Təyin edilən elementləri onların miqdarının azalma sırasına görə aşağıdakı şəkildə düzmək olar: Cd<Zn<Co<As<V<Cr<Pb<Ni<Cu<Mn<Fe. Müəyyən edilmişdir ki, bitkinin çiçəkləri otuna nisbətən, mis və dəmir nəzərə alınmasa, mikroelementlərlə daha zəngindir. Bitkinin çiçək və ot nümunələrində ağır metalların miqdarı normaya uyğundur [5].

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Əhmədov E.L. Bioqeyri-üzvi kimya (metodik vəsait). Bakı, 2010, 165 s.
2. Калетина Н., Калетин Г. Микроэлементы – биологические регуляторы // Наука в России, №1, 2007.
3. <http://www.tela-botanica.org/bdtfx-nn-35806>.
4. Amir M. Les cueillettes de confiance. France, 1998, 247 p.
5. Guédon D., Brum M., Seigneuret J.M. Impuretés des drogues végétales, préparations à base de drogues végétales et médicaments à base de plantes. France, vol. 18, №3, 2008, 231-258 p.

РЕЗЮМЕ

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ЦВЕТКОВ И ЛИСТЬЕВ *INULA MONTANA* L.

Qarayev¹ E.E., Ollivier¹ E., Chiffolleau² P., Roux³ D., Sallanon³ H, Elias¹ R.
¹Франция, Марсель, Лаборатория Фармакогнозии и Этнофармакологии университета Экс-Марсель
²Франция, Люберон, Региональный Парк Люберон
³Франция, Авиньон, Университет Авиньона и Воклюз, Лаборатория Физиологии Фруктов и Овощей

Ключевые слова: Inula montana, элементный состав

Keywords: Inula montana, microelemental analysis

Нами был изучен микроэлементный состав цветков и листьев Девясила горного (*Inula montana* L.) принадлежащего семейству Астровые (*Asteraceae*). Качественное и количественное определение было проведено при помощи масс спектрометра с индуктивно связанной плазмой (ИСП-МС) “Agilent technologies ICP MS 7700e”. Количественное содержание выявленных элементов можно расположить по уменьшению из количества в следующем порядке : Cd<Zn<Co<As<V<Cr<Pb<Ni<Cu<Mn<Fe.

Было выявлено, что цветки более богаты микроэлементами чем листья, за исключением железа и меди. Количественное содержание тяжелых металлов в цветках и листьях соответствует норме.

SUMMARY

INVESTIGATION OF MICROELEMENTAL COMPOSITION OF FLOWERS AND LEAVES OF *INULA MONTANA* L.

Garayev¹ E.E., Ollivier¹ E., Chiffolleau² P., Roux³ D., Sallanon³ H., Elias¹ R.
¹France, Marseille, Laboratory of Pharmacognosy of Aix-Marseille University
²France, Luberon, Regional Park of Luberon
³France, Avignon, University of Avignon and the Vaucluse, Laboratory of Fruits and Legumes Physiology

Keywords: Inula montana, microelemental analysis

We have explored microelemental composition of flowers and leaves of *Inula montana* L. from *Asteraceae* family. Qualitative and quantitative analysis have been carried out by using of inductively coupled plasma mass spectrometer (ICP-MS) from “Agilent technologies ICP MS 7700e”. Qualitative and quantitative analysis result of discovered elements can be shown in this order depending on their quantity : Cd<Zn<Co<As<V<Cr<Pb<Ni<Cu<Mn<Fe.

It has been found, that flowers are more rich in different microelements than leaves, except iron and copper. Quantitative composition of heavy metals in flowers and leaves is normal.

Daxil olub: 7.02.2017.



*** PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK ***
*** ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ ***
*** HELP to PRACTICAL DOCTOR ***

ВОЗМОЖНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

Кулиев О.А., Алиева Б.А.

***Кафедра Клинической Фармакологии
 Азербайджанского Медицинского Университета.***

Производство рекомбинантных препаратов основано на генно-инженерных технологиях. Принцип создания данных препаратов заключается в том, что распознается участок ДНК человека, ответственный за синтез нужного белка. Этот участок ДНК вырезается и вставляется и встраивается в ДНК живой бактерии. Пересаженный участок ДНК человека в бактерии начинает работать и синтезировать нужные белковые молекулы. Препараты полученные таким способом, называют рекомбинантными препаратами (2).

В настоящее время рекомбинантные препараты распределены на следующие группы:

1. а) Цитокины: интерфероны, интерлейкины, б) Факторы роста клеток костного мозга:

колониестимулирующие факторы, эритропоэтины .

2. Гормоны.

3. Факторы свертывания крови.

4. Ферменты.

5. Вакцины.

6. Моноклональные антитела.

9. Ген-инженерные структуры (конструкции).

Цитокины-полипептиды способные к регуляции защитных реакций организма через специфические клеточные рецепторные комплексы (1).

В клинической практике существует три направления использования цитокинов:

1. Цитокиновая иммунотерапия при их недостатке в организме.

2. Антицитокиновая терапия при их избытке в организме.

3. Цитокиновая генотерапия, применяемая для профилактики малигнизации.

Что касается интерферонов то они вырабатываются организмом в ответ на проникновение вирусов. Выделено три типа интерферонов человека: альфа-бета-гамма.

Интерфероны-альфа и бета вырабатываются во всех клетках организма. Гамма – синтезируются в Т-лимфоцитах и НК-клетках. Основные эффекты интерферонов: противовирусный, противомикробный, иммуномодулирующий (5). Зарегистрированы ряд препаратов альфа интерферонов: роферон-А, интрон-А, реальдирон. Два первых имеют пролонгированную форму: Пегасис и Пегинтрон.

Технология пегилирования основана на конъюгации полипептидов с молекулой полиэтиленгликоля, которая защищает их от разрушения сывороточными ферментами.

В результате этого период полураспада активного вещества удлиняется на несколько суток и терапевтическая эффективность препарата повышается. На основе рекомбинантного интерферона-альфа-2б выпускаются разнообразные препараты:

1. Реаферон*ЕС, 2. Интераль, 3. Виферон, 4. Кипферон, 5. Гиаферон, 6. Генферон, 7. Гриппферон, 8. Офтальмоферон, 9. Герпферон, 10. Инфагель, 11. Реаферон-ЕС-липидит. (4)

Касательно интерлейкинов, то они делятся на провоспалительные цитокины, ростовые и дифференцировочные факторы лимфоцитов, хемокины, отдельные регуляторные цитокины. Освоен выпуск двух препаратов: Беталейкина (ИЛ-1) и Ронколейкина (ИЛ-2). Одно из основных свойств Беталейкина, заключается в его способности одновременно стимулировать функции и увеличивать число лейкоцитов, в тех случаях когда отмечается

Лейкопения.

Препарат Ронколейкина-Пролейкин (США) усиливает пролиферацию Т лимфоцитов, усиливает образование иммуноглобулинов В-клетками. В целом Пролейкин обладает иммуномодулирующим действием, направленным на усиление противобактериального, противовирусного, противогрибкового иммунного ответа.

Ген-инженерные технологии позволяют контролировать факторы роста клеток костного мозга, при этом препараты влияющие на четыре ростовых факторов уже существуют:

1. Колониестимулирующие -факторы роста лейкоцитарного ростка костного мозга-грамостин, филгастин, ленограстим.

2. Фактор роста эритроидного ростка костного мозга-Эритропозтин или Эпотин -альфа-Эпрекс, Эритростим, Эпозтин-бета -Рекормон, Эпокрин.

3. Рекомбинантные колониестимулирующие факторы для гранулоцитов-Филгастин (препарат Нейпоген) и Ленограстин (препарат Граноцит) (США) и Нейтростим (Россия).

4. Факторы некроза опухоли и другие цитокины-Задоксин(США) средство для лечения хронических гепатитов В и С в комбинации с пегилированным альфа интерфероном.

По своим свойствам Задоксин аналогичен человеческому тимическому пептиду тимозину-альфа-1, однако получают его не генно-инженерным способом, а синтезируют химическим методом.(2).

Гормональные рекомбинантные препараты представлены в первую очередь человеческими инсулинами (9,11) их около-40. Рынок практически полностью принадлежит фирмам Novo Nordiks, Eli Lilly, Aventis. Из других рекомбинантных гормональных препаратов следует отметить-человеческий гормон роста-соматропин, зарегистрированный под торговыми названиями – Биосома, Генотропин, Хуматроп, Нордитропин, Сайзен. Соматропин используется при генетически обусловленным дефицитом роста у детей (4).

Фолликулостимулирующий гормон представлен рекомбинантным препаратом Гонал-Ф (фоллитропин альфа) и Пурегон(фоллитропин бета) Данные препараты применяются для стимуляции овуляции (4).

Нарушение факторов свертывания крови при гемофилии А, обусловленное дефицитом фактора VIII и при гемофилии В-дефицит фактора IX. Гемофилия В встречается в 5 раз реже гемофилии А. Генетический дефект может быть достигнут заместительной терапией чистыми концентратами рекомбинантных факторов VIII –IX.(2).

Тромболитическая терапия в кардиологии и неврологии в настоящее время основана на применении рекомбинантных тканевых активаторов плазминогена представленными препаратами-Метализе (тенектеплаза), Актилиза, Атеплаза, Пулолаза, Гемаза(рекомбинантные Проурокиназа). В пульмонологии у больных с муковисцерозом применяют в виде ингаляций для разжижения вязкой мокроты рекомбинантный альфа-ДНК-азы Пульмозин (7).

Рекомбинантные вакцины представленные против гепатита В, позволяют снизить ее распространение. Зарегистрированы следующие вакцины против гепатита В: Энджерикс В (Англия), Эувакс (Франция), НВ Вакс II (Япония), Биовак –В (Индия), Шанвак (Индия), Регевак В. (Россия) (5,10).

Близко к рекомбинантным препаратам стоят моноклональные антитела, по механизму действия являются антицитокиновыми, так и цитотоксинами. Зарегистрированы шесть моноклональных антител с антицитокиновым характером действия: Симулект (базиликсимаб), Зенапакс (Дакликсимаб) (Швейцария)-профилактика отторжения пересаженной почки, Ремикейд (инфликсимаб) (США)- ревматоидный артрит, болезнь Крона, Мабтера (ритуксимаб) (Швейцария, США)-В-клеточные неходжкинские лимфомы, Герцептин (трастузумаб) (Швейцария, США)-против рецептора ростового фактора человека (HER-2), Реопро(абциксимаб) (Нидерланды, США)-моноклональные антитела против рецепторов тромбоцитов-антиагрегантная терапия (2).

В настоящее время перспективными разработками генной-инженерии является новые конструкции(структуры),которые позволяют влиять на процессы ангиогенеза с образованием новых сосудов,что так важно в практической кардиологии,диабетологии,ангиологии. Таким препаратом является –Ангиогенин (Россия) (13).

Таким образом ген-инженерные разработки рекомбинантных препаратов могут применяться в сегменте наиболее распространенных терапевтических заболеваний и диктуют необходимость их скорейшего внедрения.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Авдеева Ж.Ж.,Алпатова И.А.,Медуцин Н.В. Препараты системы цитокинов(Доклад на Международной научно-практической школе-конференции-Цитокины, Воспаление.»Иммунитет»,Санкт –Петербург,23-26 июня,2002 г.-Т.1,№2-с.33.
2. Гемостаз.Под редакцией Петрищева Н.Н. Санкт-Петербург.1999.117 с.
3. Диагностика и лечение ОИМ с подъемом сегмента ST ЭКГ.Российские рекомендации, Разработанные Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов 2007г.
4. Кулиш Д.М. Случится ли у нас-Био-инженерная революция?//Фармацевтический вестник.-2005-№-16(375).С.27.
5. Красильников И.В.Перспективы развития рынка рекомбинантных препаратов //Фармацевтический вестник//.-2005.-№16(375).С.26.
6. Максименко А.В.,Тищенко Е.Г.,Комбинированный тромболитис-новое направление исследования активаторов плазминогена третьего поколения //Вопросы биологической,
7. Медицинской и фармакологической химии.2000г-№1-с.12-13.
8. Малявина А.Г.Респираторная медицинская реабилитация.Практическое руководство для врачейю М.:Практическая медицина,2006-416с.
9. Симбирцев А.С.Цитокины-медиаторы защитных реакций организма(Доклад на Международной научно-практической школе-конференции-Цитокины,воспаление.
10. «Иммунитет»,Санкт-Петербург,23-26июня,2002г)»Цитокины Воспаление».2002.-Т.1,№2-с.38-39.
11. Степанов А.В.,Родионов П.П.,Байдусь А.Н. и др.Отечественный инсулин-
12. Препарат мирового качества»Terza Medica Nova.-2005.-№-1(37).-с.48-49.
13. Противогепатитические препараты.Справочник/Под редакцией О.А.Мирошника.-Омск,2010.-204с(Серия иммуномодуляторов в России)2010 г.
14. Moller D.E,Flier J.F.Insulin reistance:mecyanism,syndromes and implications.new Engl.J.Med 1991 obstetrics –ed.bj J.J.Sciarra 1994,5:36.
15. Hu G/F/Riordan,J.F,Valleeb1(1997)–Aputativ angiogenenin recptor in angiogenin-responsive
16. Human endothelial cells – Proc.Natl.Acad Sci.U.S.A.94(6):2204-9.

Daxil olub: 10.10.2016.

QASTROEZOFAGIAL REFLYUKS XƏSTƏLİYİ VƏ HELİCOBACTER PYLORİ İNFEKSİYASI.

**Mahalova N.S., Səlimov T.H., Şamxalov Z.M., Sadıqov B.İ.,
Səlimova R.T., Hüseynova X.Q., Aslanova L.S.,
Qasıмова İ.N., Rüstəmli İ.Ə.**

M.A.Topçubaşov adına Elmi-Cərrahiyyə mərkəzi.

Qastroezofagial reflüks xəstəliyi (QERX) xroniki residivləşən xəstəlik olub, mədə və on iki barmaq bağırsağ möhtəviyyətinin qida borusuna reflüksü(atılması) nəticəsində onun distal nahiyəsinin zədələnməsi və özünə məxsus əlamətlərin meydana çıxması ilə xarakterizə olunur.M.J .Blaser hesab edir ki,QERX XXI əsrdə gastroenteroloji xəstəliklər arasında dominantlıq təşkil edəcək.Bu xəstəlik inkişaf etmiş ölkələrdə yaşlı əhalinin 20-40%-də aşkar olunmuşdur. Aktual problem təkcə xəstəliyin yayılması deyil,onun əmələ gətirdiyi ciddi ağırlaşmadır (eroziya,peptik xora,qanaxma,çapıq.Barret qida borusu,qida borusunun adenokarsinoması). Xəstəlik bütün yaş qrupları, xüsusən 40 yaşdan yuxarı əhali arasında geniş

yayılmışdır (40-60% ABS). QERX rutin endoskopik görüntülərə əsasən qida borusunda baş verən dəyişikliklərə görə iki qrupa bölünür (1):

reflüks ezofagit (30%)

qeyri-eroziv reflüks xəstəliyi (70%)

Los-Angielos klassifikasiyasına görə eroziv ezofagit aşağıdakı zədələnmə dərəcələrinə bölünür:(Lundel et.al.1999)

A(I)dərəcə-qida borusunun 1 büküşünün selikli qişasında bir (və ya çox) eroziya ölçüsü <5mm.

B(II)dərəcə-təqribən 1-2 büküşün selikli qişasında bir(və ya çox) eroziya ölçüsü>5mm.

C(III)dərəcə 2-3 və daha çox büküşün selikli qişasını əhatə edən zədələnmə (eroziya) < 75% nahiyəni əhatə edir.

D(IV) dərəcə selikli qişanın zədələnməsi, eroziya,yara 75% və daha çox nahiyəni əhatə edir.

Los-Angielos klassifikasiyasından gündəlik müayinə zamanı istifadə olunması tövsiyə olunmuşdur. Lakin bu təsnifatda reflüks ezofagitin ağırlaşmaları (xora,çapıq,metaplaziya)nəzərə alınmamışdır.Hal-hazırda Savary-Miller (1978) təsnifatından daha geniş istifadə olunur.

0 dərəcə- reflüks-ezofagit əlamətləri müşahidə olunmur.

I dərəcə- qida borusunun distal nahiyəsinin 10%-dən az sahəsini əhatə edən üzəri eksudatla örtülü olan xətvəri zədələnmə(eroziya).

II dərəcə- qida borusunun distal nahiyəsinin selikli qişasının 10-50%-ni əhatə edən eroziv zədələnmə.

III dərəcə- qida borusunun distal nahiyəsini demək olar ki,tamamilə əhatə edən çox sayda eroziv zədələnmə.

IV dərəcə- reflüks ezofagitin ağırlaşmış formaları xora,çapıq,Barret qida borusu (2).

Yeni klinik-endoskopik təsnifata görə QERX 3 qrupa bölünür:

- Kataral reflüks ezofagit və ezofagit əlamətləri müşahidə olunmayan qeyri eroziv forma(60%):

- Eroziv- xoralı forma.(34%)onun ağırlaşmaları: qida borusunun xora və çapığı.

- Barret qida borusu.(6%)QERX-nəticəsində qida borusunun distal nahiyəsindəki çox qatlı yastı epitel hüceyrələrin metaplaziyası nəticəsində silindirik hüceyrələrin əmələ gəlməsi (xərçəng önü vəziyyət).(1;3)

QERX-nin patogenetik mexanizmi:

Qida borusunun aşağı sfinktirinin tonusunun azalması, qida borusunun klirensinin yəni özünü təmizləmə funksiyasının azalması, mədə və on iki barmaq bağırsağ möhtəviyyətinin qida borusuna reflüksü, reflükantın zədələyici təsirinə qarşı selikli qişanın müqavimətinin zəif olması, mədənin matorik funksiyasının pozulması,qarın boşluğu təzyiqin artması, qida borusunun aşağı sfinktoruna yaxın olan nahiyədə daralma və çapığın olması, diafraqmanın qida borusu dəliyinin yırtığı,digər səbəblər skelerodermiya, hamiləlik, siqaret çəkmə, saya əzələ tonusunu aşağı salan dərman preparatları (nitratlar, Ca kanalının blokatorları və s.)qida faktorları (yağlı qida, şokolad, kofe, meyvə şirələri)

Son zamanlar aparılan çox saylı tətqiqatlar nəticəsində Helikobakter pylori (Hp) ilə assosiasiya olunmuş gastroduodenit və QERX arasında bağlılıq təsdiq olunmuşdur. QERX olan xəstələrin 52,4%-ninin mədəsinin selikli qişasında Hp aşkar olunmuşdur. Müşahidə olunmuşdur ki, Hp-nin uğurlu eradikasiyası xora xəstəliyinin azalmasına, QERX olan xəstələrin sayının 2 dəfə atmasına səbəb olmuş və eyni zamanda onun ağırlaşmalarının ilk növbədə Barret qida burusu (xərçəng önü vəziyyət) və qida borusunun adenokarsinomasının artmasına səbəb

olmuşdur. Eyni zamanda Hp infeksiyasının xüsusilə sitostatik ştamplarının (CagA-pozitiv) antrumda aşkar olunması QERX inkişafına və onun ağırlaşmalarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Çox variantlı analiz göstərdi ki, Hp erodikasiyasından sonra QERX simptomları 37% xəstədə, uğursuz erodikasiyası 13% xəstədə, refluks ezofagitin endoskopik əlamətləri 21% və 4% xəstədə müşahidə olunmuşdur. Eləcə də qeyd olunur ki Hp aşkar olunması QERX olan xəstələrdə "işıqlı" (residivsiz) dövrün uzınmasına səbəb olur. Ю.В.Васильевин fikrinə görə Hp-nin mədənin selikli qişası ilə uzun müddətli kontaminasiyası zamanı tədricən onun atrofiyası baş verir ki, bu da mədənin turşu əmələ gətirmə xüsusiyyətinin azalmasına səbəb olur. Nəticədə, QERX ağırlaşmalarının Barret qida borusu və qida borusu adenokarsinomasının azalmasına gətirib çıxarır.

Lakin bütün müəlliflər Hp-nin uğurlu erodikasiyası və QERX rast gəlmə tezliyi arasındakı bağlılığı təsdiq etmir. J.Lagergen Hp-infeksiyasının erodikasiyasının QERX və onun ağırlaşmalarının artma hallarına gətirib çıxarmasını qəbul etmir. Bu qeydlər Hp-nin müasir strategiya vasitəsilə total məhvində xüsusi məna kəsb edir ki, bu da gələcəkdə QERX, Barret qida borusunun adenokarsinomasının artmasına gətirib çıxara bilər (3,2). Yan Xue 356 xəstədə Hp erodikasiyasının QERX müalicəsinə effektiv təsirini öyrənilmişdir. Ureaz nəfəs testi ilə müayinə zamanı Hp müsbət olan xəstələr 2 qrupa bölünür: Birinci qrup xəstələrə 56 gün müddətinə sutkada 20 mg 2 dəfə ezomeprazol təyin olunur. İkinci qrupa 10 gün müddətinə eradikasion üçlü terapiya (amoksisillin, klaritromisin, ezomeprazol) və sonra 46 gün müddətinə sutkada 20 mg 2 dəfə ezomeprazol təyin olunur. Nəzarətçi qrupu Hp ilə yoluxmayan QERX olan xəstələr təşkil edir. Bu qrupa 8 həftə müddətinə proton pompa inhibitoru müalicəsi aparılır. Sonra ezofaqogastroduodenoskopiyanın məlumatı müalicədən əvvəlki və 8 həftəlik müalicədən sonra müqayisə olunur. QERX 8 həftəlik kurs müalicəsi, erradikasion terapiya almış xəstələrin 81,8%-ində, yalnız proton pompa inhibitoru qəbul edənlərin 78,2%-ində endoskopik remisya müşahidə olunur. Hp ilə infeksiyalaşmayan nəzarətçi qrup xəstələrdə 8 həftə ezomeprazolla müalicədən sonra endoskopik remisya 82,6%-ə çatmışdır. Belə nəticəyə gəlinir ki, Hp ilə infeksiyalaşma və erodikasion terapiya QERX xəstəliyi olanların müalicənin nəticələrinə təsir etmir. M.A.Торçубаşов adına elmi cərrahi mərkəzin terapevtik gastroenterologiya şöbəsində aparılan araşdırmalara görə gastroenteroloji xəstələrin 79.4%-də *Helicobacter pylori* pozitiv olur. Xəstəlik mənbəyi kimi isə xəstə insanın ifrazat məhsulları, ağız suyu, diş ərpi və s. göstərilir.

QERX-in diaqnostikasında endoskopik, rentgen, sutkalıq PH metriya, monometriya, histoloji müayinələrdən və İPP testindən və s. istifadə olunur.

Ezofaqogastroduodenoskopiya müayinə metodu-qida borusunun iltihabı proseslərini, eroziya və ağırlaşmalarını meydana çıxarır. Rentgenoloji müayinə qida borusunun diafraqmal dəliyinə yırtığı, eroziya, yara çapığını təyin etməyə imkan verir.

Qida borusu daxili sutkalıq PH metriya qida borusu və mədə turşuluğunu, dərman maddələrinin təsirini qiymətləndirməyə, qida borusu daxili monometriyası qida borusunun motor funksiyasını, qida borusunun aşağı sfinktorunun funksiyasını qiymətləndirir. Mədə-qida borusu stintiqrafiyası ilə qida borusunun klirensi təyin olunur. USM-QERX xəstəliyi olan xəstələrdə qarın boşluğu orqanlarında patoloji dəyişikliklərin aşkar olunması üçün istifadə olunur. PPI (Proton Pompa İnhibitoru) testi ilə QERX xəstəliyinin klinik əlamətlərinin nə dərəcədə aradan qalxması müşahidə olunur.

Dərman müalicəsində proton nasosu blakatorları, antasidlər, H₂ blakatorlar və prokinetiklərdən istifadə olunur. Qeyri eroziv ezofagit refluks xəstəliyi zamanı proton pompa inhibitoru gündə 1 dəfə səhər yeməkdən əvvəl (

omeprazol 20 mg və ya lansoprazol 30 mg və ya pantaprazol 40 mg və ya rabiprazol 20 mg və ya ezomeprazol 20 mg)təyin olunur.Müalicə 4-6 həftə davam edir.Sonrakı müalicə həmin və ya yarı doza ilə davam etdirilir(3 gündən bir).Ehtiyac olarsa QERX-in erozif formasında müalicə mərhələlərə görə gedir.Tək eroziya 4 həftə, çox sayda eroziya 8 həftə müalicə tələb edir(Omeprazol 20 mg və ya lansoprazol 30 mg və ya pantaprazol 40 mg və ya rabeprazol 20 mg və ya ezomeprazol 40 mg).QERX-in erozif formasında saxlayıcı terapiya standart və ya ayrı doza ilə 24 həftə,ağırlaşmalarda (məsələn qanaxmadan sonra) 52 həftə aparılır.Antasidlər simptomatik dərman vasitəsi kimi istifadə olunur.Qəbul qaydası gündə 3 dəfə yeməkdən 40-60 dəqiqə sonra və gecə yatmaqdan əvvəl təyin olunur.QERX zamanı duodenoqastral reflüks olarsa ursodezoksixol turşusu sutkada 250-300 mg təyini daha yaxşı təsir edir.Prokinetiklərlə kombinasiya halında verilməsi daha məqsədə uyğundur (4).

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения.Ю.Б.Белоусов.,А.А.Баранов.,Ю.Н.Беленков.: -2011.стр 253-254.
2. Циммерман Я.С.. Клиническая Гастроэнтерология.-2009 стр. 11-13.
3. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л.. Гастроэнтерология национальное руководство.: -2008. стр. 408,410.
4. Калинина А.В., Логинова А.Ф., Хазанова А.И. Гастроэнтерология и гепатология :2013 стр. 41-42.

Daxil olub: 10.12.2016.

KOLOREKTAL POLİPLƏR VƏ ONLARIN DİAQNOSTİKASI

Səfiyeva A.

Mərkəzi Gömrük Hospitalı. Azərbaycan, Bakı.

Kolorektal poliplər yüngün və düz bağırsağın selikli qişasından onun mənfəzinə doğru inkişaf edən anormal törəmə olaraq yüngün bağırsağın ən çox rast gəlinən patologiyası olub, daha çox 50 yaş üzərində görülür, qadın və kişilər arasında bərabər saydadır (3,4). Poliplər daha çox sənayesi inkişaf etmiş ölkələrin əhalisində rast gəlinir. Poliplərin əmələ gəlməsi mexanizmi tam məlum olmasa da qidalanma faktorunun olması qeyd olunur. Bəzi poliplər isə irsidir, bunlara adenomatoz poliplər və Peyts-Jegers polipləri kimi poliplər daxildir. Bu poliplər gənc yaşlarda görülür və kansərə keçmə ehtimalı çox yüksəkdir (2,3,6,10,12).

Kolorektal poliplərin daha çox aşağıdakı xəstələr qrupunda rast birləşir.

- Qida rasionunda yağlı qidaların zəngin olanlar
- Qırmızı ətdən daha çox istifadə edənlər
- Tərəvəz və liflərlə zəngin qidalardan istifadə etməyənlər
- Siqaret çəkənlər
- Öbez xəstələr

Kolonun mukozası normalda hər 4-8 gündə dəyişir, əgər mukozada displaziya əmələ gəlsə bu zaman epitel səviyyəsi 226 dəfə daha artıq olur, hüceyrələrin sayı isə 370 dəfə artıq olur. Bu artışı mitotik aktivliyi deyil, amitotik nuklear parçalanmaya da bağlı ola bilər (11). Kolon polipləri prekanseröz hal hesab olunur. Harda polip çox görülürsə orda kanser olma ehtimalı daha yüksək olur. Bütün adenomatoz poliplərin 5%-də kanser inkişaf edir. Kolon kanserlərinin 30-50% isə adenom mövcuddur (1,5,6). Histoloji olaraq polipoid adenomalar

muskular mukozaya dogru horizontal şəkildə uzanan epitelial tubullar şəkildə olur . Epitelial tubullar düzənli və düzənsiz ola bilər. Epitel hüceyrələr öz formasını dəyişməsi, mukus azalması baş verir. Mitozlar görünür, bəzən bunu karsinoma in situ kimi də dəyərləndirirlər. Viloz adenomalar isə bağırsağın mənəfinə dogru vertikal olaraq uzanır (2,3).

Poliplərin həm görünümünə, həm histoloji quruluşuna görə bir neçə təsnifatı mövcuddur. Xoşxassəli və bədxassəli neoplastik və qeyri neoplastik olmaqla bir neçə yarımqrupda birləşir (1,5,6).

Xoşxassəli neoplastik poliqlər: epitelial, mezenximal və neyrogenik

Epitelial poliqlərdə öz növbəsində aşağıdakı yarımqrupa bölünür: adenom, serrated adenom, hiperplastik polip, miks adenom-karsinoid, adenom hiperplastik polip.

Mezenximal poliqlər: leomiom, hemangiom, lenfangiom və fibroplastik polip.

Neyrogenik poliqlər: Granuler hüceyrəli , shwanom, neyriofibrom

Bədxassəli neoplastik poliqlər : epitelial və mezenximal

Epitelial poliqlər: adenom üzərində invaziv kanseri olan adenokarsinoma Karsinoid törəmə , mealnom metastazı

Mezenximal poliqlər: bədxassəli GİST, leomiosrakoma, ekstranodal limfoma, kaposi sarkoması

Qeyri neoplastik poliqləri dedikdə aşağıdakılar düşünülür:

Iltihabi poliqlər, Yuvenil poliqlər, Divertikulun tərsinə çevrilməsindən polip görünümünü verənlər, Fibroepitelial poliqlər, Hamartom poliqlər, Limfoid toxumalı hiperplaziya, Pnevmatozis coli, Endometriozis coli.



Hamartom poliqlər daha çox uşaqlarda rast gəlinməklə normal toxumanın anormal düzülüşü nəticəsində yaranır. Daha çox rektumda rast gəlinir. 70%-i tək, 30% isə multiple ola bilər. Xoralanmaya və qanamaya meyillidir (3,9,11).

Şəkl 1. Hamartom polip

Poliqlər ölçülərinə görə də təsnifat olunurlar.

Dimunitif polip < 5 mm

Orta ölçülü polip 6-10 mm arasındakı

poliqlər

Böyük poliqlər >10 mm böyük poliqlər

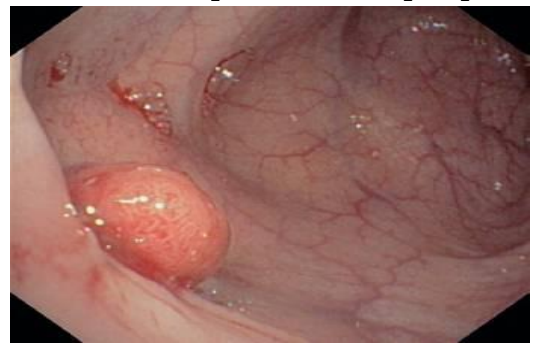
Poliqlər görünümünə görə də bu cür təsnif olunur: saplı və sessil poliqlər.

Poliqlərin ən önəmli təsnifatlarından biri də histopatoloji quruluşuna görədir (9).

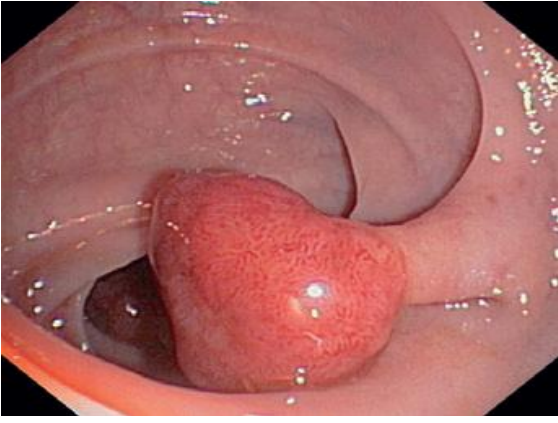
Tubular- ən çox rast gəlinən (75%) və əsasən saplı poliqlərdir,

Tubulovilloz- saplı və sessil olur, əsasən 15% görülür

Villoz- 10 hallarda görülür, sessildir



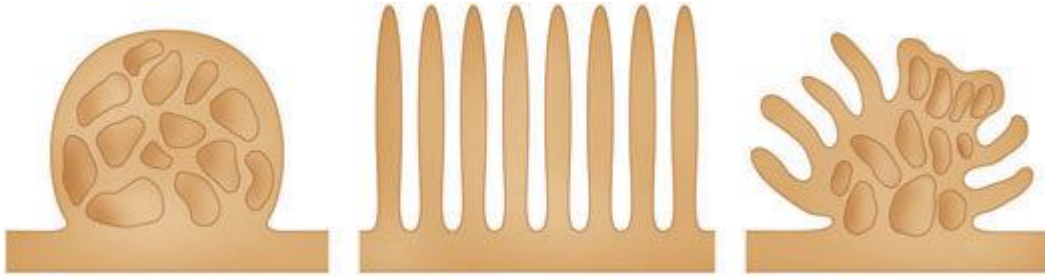
Şəkl 2. Tubulyar görünümlü polip (9)



Şəx 4. Villoz görünüm(9)

Serrated poliplər-əsasən geniş ayaqlı və daha çox sağ kolonda yerləşən poliplərdir

Şəx 3. Tubulovilloz görünüm(9)



Şəx 5. Adenamatoz poliplərin histoloji quruluşu (9)

Kolorektal kanserlərin 90% kolorektal poliplərdən əmələ gəldiyi üçün onların vaxtında aşkarlanması və götürülməsi gələcəkdə kanser riskini azaldır (9, 11).

Kolorektal poliplərin əmələ gəlməsində genetik faktorların varlığı ailə anamnezində kolon və rektum kanseri olanların daha erkən yaşlarda tarama məqsədilə kolonoskopiya etməsi tövsiyə olunur (2, 3, 12). Kolorektal poliplərin daha erkən zamanda aşkarlanması və histoloji müayinəsi gələcəkdə kolon və rektumun bəd xassəli törəmələrinin əmələ gəlməsinin qarşısını alır (2, 3).

Poliplərin diaqnostikası və müalicəsində kolonoskopiya alternativini olmayan müayinə metodu hesab olunur (9,12).

Kolonoskopiya müayinəsinin doğru və diqqətli şəkildə aparılması kolorektal poliplərin aşkara çıxarılmasına və sonrakı dövəmdə təqibin aparılmasına yardımçı olan metoddur (7, 8).

Kolonoskopiya yoğun və düz bağırsağın mukozasını dəyərləndirmək üçün aparılan müayinə metodudur. Kolonoskopiya müayinəsi xüsusi hazılıq tələb edir, müayinə də bağırsağın tam dəyərləndirilməsi üçün təmiz olması önəmlidir. Müayinə adətən yüngül sedasiya altında aparılır (12).

Total kolonoskopiya dedikdə yoğun bağırsağın çekum döşəməsinə qədər gedərək yoğun və düz bağırsağın mukozasının tamamilən dəyərləndirilməsidir (9). İlk total kolonoskopiya 1966-cı ildə Bergein Overholt tərəfindən aparılmışdır. 1969-cu ildə isə ilk dəfə olaraq Hiromi-Shinya-Willam kolonoskopik polipektomiya aparmışdır (6,5,7).

Kolonoskopik müayinə yaşı 40 üstündə olan və bağırsağ şikayəti olan xəstələrə aparılır. Müayinədən öncə xəstələrin tam anamnezi önəmlidir,

qandırulaşdırıcı alan xəstələrə, xroniki yanaşı gedən xəstəyi olanlara diqqətli şəkildə kolonoskopiya edilməlidir (6, 5, 8, 10, 12).

Xəstələrin müayinəsi acqarına aparılır, xəstə müayinə masasına alınır, damar yolu açılır, xəstə sol lateral vəziyyətdə uzadılır və müayinə aparılır (9, 11).

İlkin olaraq digital müayinə edilməli və rektumda olan hər hansı bir patologiya varsa qeyd alınmalıdır. Alət anal kanala yeridilərək hava verimi ilə önə doğru irəliləyir. Müayinə sırasında mənfəzin görülməsi, alətin çox burulmaması və ilgək əmələ gətirməməsi önəmli notlar hesab olunur.

Kolonoskopik müayinə Mərkəzi Gömrük Hospitalında 2011-cü ildən bizim tərəfimizdən aparılır. Kolonoskopik müayinə 2011-2016-cı illərdə ağrı, qanaxma, qarında şiş və köpmə şikayətləri ilə müraciət edən 1375 xəstəyə aparılmışdır. Yaş qrupu 20-65 arasındadır. Bunların 81 də polipektomiya edilmiş və patoloji incələnməyə göndərilmişdir. Alınan patohistolji nəticələrə əsasən xəstələr təqib cədvəlinə uyğun kontrola alınmışdır.

Nəticə olaraq qeyd etmək lazımdır ki, kolonoskopiya kolorektal poliplərin diaqnostikası və endoskopik müalicəsində əvəzsiz metod hesab olunur.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Johnson CD, Harmsen WS, Wilson LA et al. Prospective blinded evaluation of computed tomographic colonography screen detection of colorectal polyps. *Gastroenterology* 2003;125:311–9.
2. Lopez-Morra HA, Linn S, Tejada J, Ofori EA, Guzman LG, Sanivarapu S, et al. Sa1444 Does Insulin Influence the Risk of Colon Adenomas and Colorectal cancer. A Multicenter Look at a minority population. *Gastrointestinal Endoscopy*.2014;79:AB214
3. Anfrew R Marley and Hongmei Nan. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet*.2016;7(3):105-114. Published online 2016 sep 30
4. Rembacken BJ, Fujii T, Cairns A et al. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet* 2000;355:1211–4.
6. Schmiegel W, Adler G, Frühmorgen P et al. Kolorektales Karzinom: Prävention und Früherkennung in der asymptomatischen Bevölkerung – Vorsorge bei Risikogruppen – Endoskopische Diagnostik und Therapie von Polypen und Karzinomen. *Z Gastroenterol* 2000;38:49–75.
7. Tae Oh Kim. Optimal Colonoscopy Surveillance Interval after Polypectomy. *Clin Endoscopy* 2016 Jul ; 49(4):359-363
8. Farrar WD, Sawhney MS, Nelson DB et al. Colorectal cancers found after a complete colonoscopy. *Clin. Gastroenterol.Hepatol*. 2006 Oct;4(10).
9. Atlas of Colonoscopy . Techniques · Diagnosis · Interventional Procedures Helmut Messmann, M.D. Professor and Medical Director III Medical Clinic Augsburg Clinic Augsburg, Germany
10. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer L Clin*. 2015; 65:87-108
11. Yashiro M. Ulcerative colitis-associated colorectal cancer. *World J Gastroenterol*. 2014;20:16389-97
12. Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:3053.

РЕЗЮМЕ

ВИДЫ И ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

Сафиева А.

Центральный Таможенный Госпиталь., Азербайджан. Баку.

Термин «полип» описывает скопление ткани выступающей в просвет кишечника, не имея патологического назначения. Полипы могут быть на ножке, округлыми или сидячими и различаться по размерам, быть единичными и множественными. Они классифицируются по гистологическому признаку. Распространение колоректальных полипов имеет место в различных регионах мира, особенно превалирует в индустриально развитых странах с высоким уровнем жизни.

Эндоскопия, а именно, тотальная колоноскопия, является наиболее информативным и важным методом диагностики полипов. Распознавание и эндоскопическое удаление полипов на ранней стадии уменьшает риск

развития карциномы кишечника. Колоноскопия проводится нами в Таможенном Госпитале с 2011 года. В течение этого времени было обследовано 1375 больных в возрасте от 20 до 65 лет. Из них 81 больному была проведена полипэктомия с последующей биопсией.

Тотальная колоноскопия является единственным методом в дигностике и последующего лечения полипов.

SUMMARY

COLORECTAL POLYPS AND THEIR DIAGNOSIS

Safiyeva A.

Central Customs Hospital., Azerbaijan, Baku.

The term “polyp” describes a mass of tissue protruding into the lumen of the bowel, without implying pathological relevance. Polyps can be stalked, round, or sessile and can vary in size. They can occur as solitary or multiple polyps. Polyps can only be classified by histological evaluation. The prevalence of colorectal polyps varies greatly in different regions of the world, though it tends to be higher in western industrialized nations with high standards of living. Endoscopy, i.e., total colonoscopy, is essential and it is the main diagnostic tool. It is the most informative method of colorectal polyps’ diagnosis.

Early-stage polyps can be detected and removed endoscopically therefor reduce the incidence of carcinoma. Colonoscopy is being done in Central Customs Hospital by our team since 2011. 1375 patients were investigated and ages were in range of 20 to 65 y.o. 81 of them polypectomy was done with following biopsy analyzes.

Total colonoscopy is seen as unique in case of colorectal polyps and following treatment.

Daxil olub: 20.02.2017.

ENDOTOKSEMİYALİ XƏSTƏLƏRİN PUNKSION BÖYRƏK BİOPSIYALARINDA KANALCIQLARIN ELEKTRON MİKROSKOPIYA GÖSTƏRİCİLƏRİ

İbişova A.V., Həsənov Ə.B.

Azərbaycan Tibb Universiteti, Patoloji anatomiya kafedrası.

Ключевые слова: Электронная микроскопия, некроз, E. Coli, сепсис.

Açar sözlər: Nekroz, E. coli, sepsis, elektron mikroskopiya.

Giriş. Endotoksin bakteriaların xarici səthində yerləşən lipopolisaxarid tərkibli maddədir. Bu maddələr bakteriyaların parçalanması zamanı ayrılır. Bu xüsusiyyət endotoksini eqzotoksindən fərqləndirir. Endotoksin təsirindən yaranan patomorfoloji dəyişikliklər isə klinikada sepsis ilə özünü göstərir. Ən çox stafilokok, meningokok, göbək, və E.Coli mənşəli sepsislərə rast gəlinir. Sepsis faktorları, xəstənin yaşı, infeksiyanın cəmiyyətdə və ya xəstəxanada qazanılmış olması, xəstənin immun sistemindən asılı vəziyyəti və altda yatan digər səbəblərə görə dəyişiklik göstərir [1, 2].

Hər yaş dövründə böyrəklərin zədələnməsini sepsis tərəfindən törədən amillərdən asılı olaraq, özünə məxsus mikroskopik təsviri vardır. Yenidəqulan körpələrdə qram mənfi Basillər (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), B qrupu

streptokok və *Listeria monocytogenes* böyrəklərdə ən sıx görünən əlamətləri yaradır. Yenidəğulan körpələr bu dövrdə *Haemophilus influenza*, enterokoklar, hemolitik streptokoklar daha nadir görünən törədicilərin yaratdığı kəskin böyrək zədələnməsi sırasındadır [3, 4, 5]. Bir-üç ay arası körpələrdə ən sıx sepsisə səbəb olan patogen amillərdən biri *H influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *E.coli* və B qrupu streptokoklardır. Yaşı 3-24 aylıq körpələrdə, *S pneumoniae*, *N meningitis* və *H influenzae*dir. Sıx görünən sepsis faktorlarının, *S aureus*, *Salmonella spp* və *Shigella*'dır. Yaşı 2-5 il arası uşaqlarda, sepsisə daha çox yol açan faktorlar *S pneumoniae*, *N meningitis* və *H influenzae*dir [5, 6]. Orta və yetgin yaş qrupunda tez-tez rast gəlinən böyrək zədələnməsinin etiologiyasında urosepsisi yaradan isə *E.Coli* endotoksinidir.

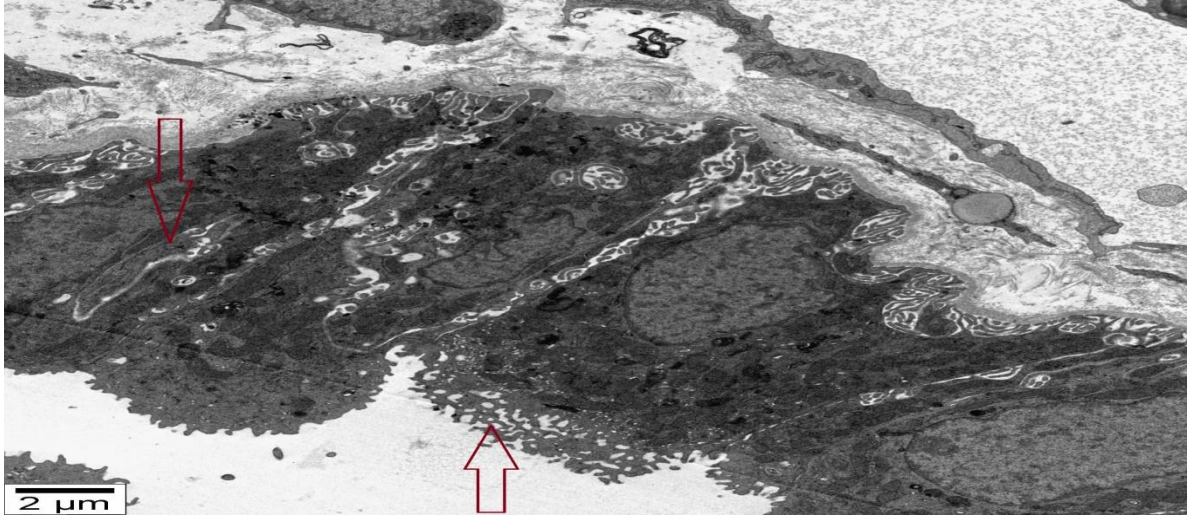
LPS bir çox orqanları zədələdiyi kimi böyrəklərdə dəyişilməz izlər buraxır. Belə ki, sepsis nəticəsində böyrəklərin yumaqcıq aparatında eləcə də kanalcıqlarda geridönməyən dəyişikliklər izlənilir. LPS təsirindən yumaqcıqlarda kapilyar endotel hüceyrələrində, kanalcıq epitel hüceyrələrində nekroz və nekrobioz, bəzi orqanellərdə say və quruluşda baş verən dəyişikliklələ özünü göstərir. Bundan başqa proksimal və eləcə də distal kanalcıq epitellərində iltihabda iştirak edən hüceyrələrin miqrasiyası və onların kanalcıq və ara sahədə yerləsməsi böyük kliniki əhəmiyyət kəsb edir [7,8]. LPS təsirindən yaranan kəskin böyrək çatışmazlığı, kəskin böyrək zədələnməsi sonradan xroniki qlomerulonefritin və xroniki intersistial nefritin yaranması ilə nəticələnir. Sepsis zamanı xüsusi ilə endotoksinin təsirindən kanalcıq epitel hüceyrələrində və orqanellərdə baş vermiş dəyişikliklərin təzahürü böyük maraq kəsb edir [9, 10].

Material: Xəstəlik tarixində qan və sidik analizinin bakterioloji müayinəsi aparılmış, nefrotik sindrom diaqnozlu 6 xəstədə punksiyon böyrək biopsiyasının elektron mikroskopiyaya laboratoriyasına göndərilmiş materialları tədqiqatda istifadə olunmuşdur. Klinik-biokimyəvi göstəriciləri sidikdə sutkalıq zülal 3.5% dən artıq, qanda ümumi zülalın səviyyəsi 25-28 q/l dən aşağı, xolesterin və kreatinin səviyyəsi yüksək olan 6 xəstənin böyrək biopsiya materiallarının elektronogrammaları çəkilmişdir.

Metod: Laboratoriyaya təqdim olunmuş biopatlardan blok (araldit-epon) hazırlanmışdır. Həmin bloklardan Leica EM UC7 ultramikrotomu vasitəsilə 1 mkm qalınlığında yarımnaşik və 50-60 nm qalınlığında ultranaşik kəsiklər hazırlanmışdır. JEM-1400 Transmission Elektron Mikroskopunun köməkliyi ilə 80 KV gərginlikdə təqdim olunmuş nümunələrin şəkilləri çəkilmişdir

Nəticə: Tədqiqatda istifadə olunmuş böyrək biopsiya materiallarının elektronogrammasında aşağıdakı dəyişikliklər qeyd olmuşdur. 1 xəstədə kapilyar ilgəklərdə podositlərin ikincili ayaqcıqlarının destruksiyası, 2 xəstədə proksimal və distal kanalcıq epiteli hüceyrələrində deskvamasiya və degenerativ dəyişikliklər, 2 xəstədə proksimal kanalcıq epitel hüceyrələrində mitoxondrilərin sayının kəskin azalması, mitoxondrial darağların hamarlanması, endoplazmatik şəbəkənin şişkinləşməsi, 1 xəstədə isə ultrastuktur quruluşu malik mikrosovların destruksiyası görünmüşdür (şəkil 1).

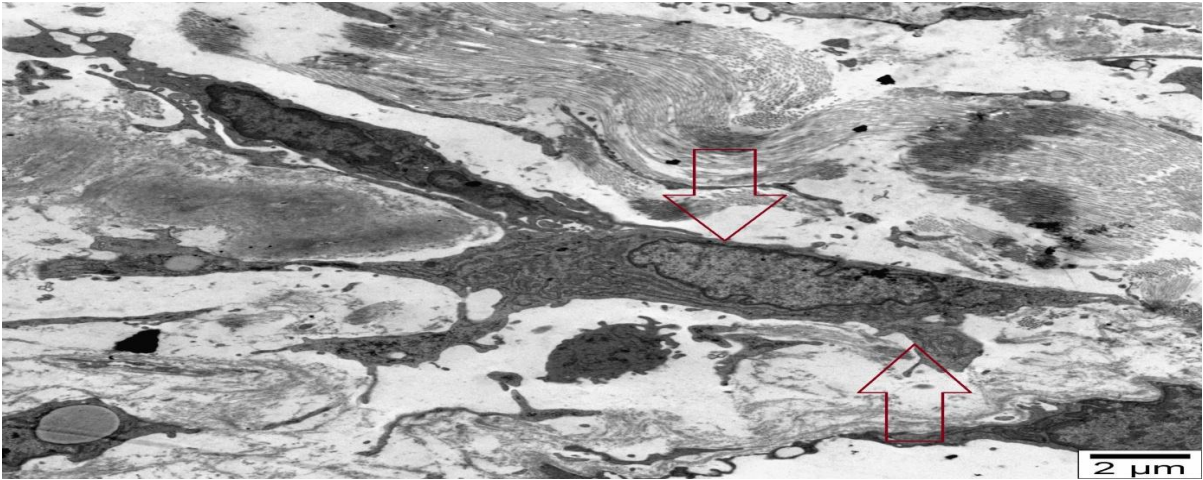
Distal kanalcıq hüceyrələrində bazal membranlarda qalınlaşma, mitoxondrilərdə darağların hamarlaşması, ödem və karioreksis izləndi. İki xəstədə hüceyrəarsı sahələrdə xroniki prosessin göstəricisi olan proliferasiya edən fibroblastlar və kollogen izləmək mümkün olmuşdur. (şəkil 2).



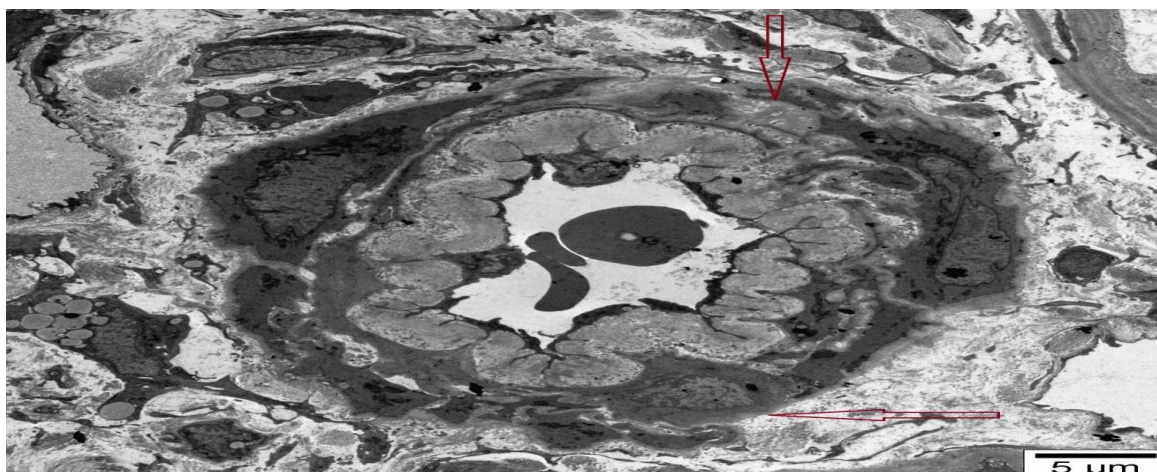
Şəkil 1. Proksimal kanalcıq epitel hüceyrələrin elektron mikroskopiya görüntüsü.
Miqyas: 2μm.

Peritubulyar kapillyarlarda bəzi endotel hüceyrələrində mitoxondrilərin azalması, bazal membran və endotel hüceyrələri arasında desmosomların qırılması izlənilir (Şəkil 3).

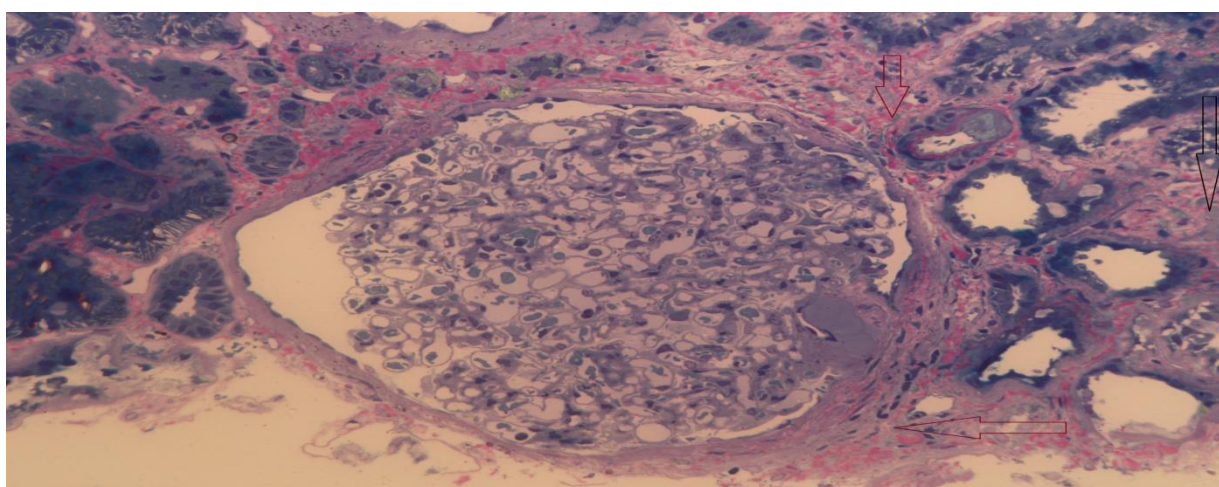
Endotoksemiyadan sonra böyrək yumaqcıqlarında eləcə də proksimal, distal, henli ilgəyinin qalxan və enən hissəsində baş vermiş morfoloji dəyişikliklər eyni zamanda hüceyrəarası sahədə xroniki iltihabın başlanmasına, bu da öz növbəsində xroniki qlomerulonefritin, xroniki intersistial nefritin inkişafı və xroniki böyrək çatışmazlığının finalı ilə nəticələnir (Şəkil 4).



Şəkil 2. Hüceyrəarası sahədə kollogen və fibroblastın elektron mikroskopiya görüntüsü. Miqyas: 2μm.



Şəkil 3. Peritubulyar kapilyarlarda endotel hüceyrələrinin elektron mikroskopiya görüntüsü. Miqyas: 5µm.



Şəkil 4. 1 mkm qalınlığında yarımnazik kəsiklər. Boyaq: metilen abısı+Azur II. Miqyas: 40. Kanalciqlararası sahədə fibroz.

Yekun: Tədqiq etdiyimiz nümunələr, anamnezində endotoksin təsirindən böyrəyin kiliniki göstəricilərinin yüksək olması ilə təzahür edən, xəstələrin elektron mikroskopiya göstəricilərinin interpretasiyası zamanı bir çox müəlliflərdə fikir ayrılıqları olmuşdur. Belə ki, C Langenberg və əməkdaşları proksimal və distal epitel hüceyrələrində mitoxondrilərin say və keyfiyyət göstəricilərində dəyişikliklərin olduğunu göstərmişlər [8]. MM Tiwari və əməkdaşları yumaqcıqlarda kapilyar ilgəklərin endotel hüceyrələrində təzahür edən əlamətlərdə LPS təsirindən dəyişikliklərin olduğunu göstərmişlər [9]. C. Langenberg, SM. Bagshaw və əməkdaşları isə endotoksemiyadan sonra intersistial sahədə kəskin kanalciq zədələnməsinin davamı olaraq, yaranmış xroniki böyrək çatışmazlığının başlanmasını histopatoloji olaraq göstərmişlər [10]. Bizim tədqiqatımızda endotoksemiya zamanı ultrastruktur dəyişikliklər bir çox hallarda digər toksiki və iltihabi faktorların təsiri nəticəsində böyrəklərdə olan dəyişikliklərdən fərqlidir [10, 11].

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Həsənov Ə.B. Patoloji anatomiya 2003. səh -643.
2. Яковлев М.Ю. "Эндотоксиновая агрессия" как предболезнь или универсальный фактор патогенеза заболеваний и животных // Успехи современной биологии. — 2003. — Т. 123, № 1. — С. 31-40.
3. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1992, 101: 1644-55.

4. Kaplan S. Bacteremia and septic shock. In: Long SL, Pickering LK, Prober GC (eds). Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease, 2nd edition. New York, Churchill Livingstone;2003.p.810-25.
5. Sparrow A, Willis F. Management of septic shock in childhood. Emerg Med Austr 2004; 16: 125-34.
6. Stormorken A, Powell KR. Sepsis and septic shock. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). Nelson Text Book of Pediatrics 17th edition. Philadelphia, Saunders; 2004. p.846-50.
7. Langenberg C, Bellomo R, May CN, et. al., Morgera S:Renal vascular resistance in sepsis. Nephron Physiol 2006, 104:p1-p11.
8. Langenberg C, Bellomo R, May C, Wan L, Egi M, Morgera S:Renal blood flow in sepsis. Crit Care 2005, 9:R363-R374.
9. Tiwari MM, Brock RW, Megyesi JK, et. al.: Disruption of renal peritubular blood flow in lipopolysaccharide-induced renal failure: role of nitric oxide and caspases. Am J Physiol Renal Physiol. 2005, 289: F1324-F1332
10. Langenberg C, Bagshaw SM, May CN, Bellomo R. The histopathology of septic acute kidney injury: asystematic review. Crit Care. 2008;12(2):R38.
11. Diaz de Leon M, Moreno SA, Gonzalez Diaz DJ, Briones GJ: Severe sepsis as a cause of acute renal failure. Nefrologia. 2006, 26: 439-444. PubMed Google Scholar.

РЕЗЮМЕ

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОННЫХ МИКРОСКОПИЙ КАНАЛЬЦЕВ В ПУНКЦИОННЫХ ПОЧЕЧНЫХ БИОПСИЯХ У ЭНДОТОКСЕМИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Ибишова А.В., Гасанов А.Б.

Кафедра Патологической Анатомии, Азербайджанского Медицинского Университета

Патоморфологические изменения возникшие в результате воздействия эндотоксина в клинике проявляются сепсисом. Проведена интерпритация показателей электронных микроскопии исследованных образцов у больных с наличием высоких клинических почечных показателей проявляющихся в результате воздействия эндотоксинов в анамнезе.

Daxil olub: 27.02.2017.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОСАРКОМ

Садыгова К.Г., Мурадов Г.К.

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, Азербайджанского Медицинского Университета, Баку.

Ключевые слова: остеосаркома, методы диагностики

Вопросы правильного и своевременного распознавания злокачественных опухолей костей, до настоящего времени представляют собой один из наиболее трудных разделов онкологии. Диагностические ошибки в начальных стадиях заболевания регистрируются в 60-85 % случаев [1, 2]. Кроме того, врачей не удовлетворяют и результаты лечения больных первичными саркомами костей [3, 4]. Установлено что, несмотря на успешное лечение первичного опухолевого очага, большинство больных погибают от гематогенной диссеминации короткие сроки после лечения [5-7].

Современное лечение костных сарком включает тяжёлые лучевые и лекарственные нагрузки, нередко сопряжено с необходимостью производить

обширные (калечащие) хирургические вмешательства, следует уделять максимальное внимание диагностическому процессу, особенно современными диагностическими методами (электронно-микроскопическими, проточно-цитометрическими, иммуногистохимическими методами).

Остеосаркома - одна из наиболее часто встречающихся форм первичных злокачественных опухолей костей [7]. В настоящее время под термином «остеосаркома» понимают костную саркому, возникающую из костной ткани и характеризующуюся непосредственным образованием кости или остеоида опухолевыми клетками [3, 8].

В нашем исследовании остеосаркомы составили: 168 (59,0%) случаев. Из них 98 случаев Бакинского городского онкодиспансера, 16 случаев из НИИ травматологии и ортопедии (Баку) и 54 случаев из РОНЦ АМН (Москва).

Остеосаркома у мужчин встречалась чаще, чем у женщин (соответственно 111 мужчин - 60,3% и 57 женщин - 39,7%).

У исследованных нами больных с остеосаркомой наиболее часто опухоль располагалась в дистальном отделе метафиза бедренной кости - 65 наблюдений (38,7%), в проксимальном отделе метафиза большеберцовой кости - 52 (31%) наблюдений (28,2%), в плечевой кости - 13 наблюдений (7,7%), в проксимальном отделе бедренной кости - 9 наблюдений (5,4%), в диафизе бедренной кости - 1 наблюдений (4,2%), в тазовых костях - 5 наблюдений (3,2%), в дистальном отделе большеберцовой кости - 5 наблюдения (3,2%), в малоберцовой кости - 4 наблюдения (2,56%), в локтевой кости — 3 наблюдения (1,92%). Также опухоль располагалась в нижней челюсти — 2 наблюдения (1,28), в верхней челюсти - 1 наблюдение (0,6%) в костях черепа - 1 наблюдение (0,6%), в лопатке - 1 наблюдение (0,6%) и в костях стопы - 1 наблюдение (0,6%).

В наших исследованиях остеосаркома чаще всего отмечалась в возрасте от 11 до 20 лет. Так, от 1 до 10 - 10 случаев (6%), от 11 до 20 - 146 случаев (86,9%), от 21 до 30 - 6 случаев (3,6%), от 31 до 40 - 4 случая (2,4%), от 41 до 50 - 1 случай (0,6%) и от 51 до 60 - 1 случай (0,6%).

Таким образом, исследованиями установлено, что в локализации опухолевого процесса выявлена определённая закономерность - топическая связь опухоли с зонами роста длинных трубчатых костей. Максимальное количество остеосаркомы в наших исследованиях локализовалось в области коленного сустава, который в большей степени, чем другие отделы скелета, участвует в росте тела в длину.

Клинические методы исследования остеосаркомы. Клинические проявления остеосаркомы многообразны и обусловлены различным факторами, к наиболее значимым из которых следует отнести локализацию опухоли в костях скелета, степень её распространения на подлежащие ткани стадию развития заболевания. Классическая триада - боль, припухлость, нарушение функции конечности - свойственна не только опухолевому поражению, но и многим заболеваниям опорно-двигательного аппарата неопухолевой природы. Этим, в частности, можно объяснить большое число ошибочных диагнозов при первичном врачебном осмотре. Клинически нами выделены два вида остеосаркомы: быстро развивающиеся опухоли с острым началом заболевания, резкими болями, быстрым летальным исходом (5 случаев - 14,9%) и более медленное развитие опухоли с менее выраженными клиническими проявлениями (28 случаев - 76,2%). У больных с быстротекущими формами метастазы в лёгких определялись уже при обнаружении первичной опухоли. Обычно такое течение заболевания наблюдался у детей (12,8%).

Болезнь может начаться неожиданно, на фоне полного здоровья; по нашим данным в 45-50% случаев в анамнезе имелись указания на травму и, как правило, с приложением именно к тому участку скелета, где впоследствии возникла опухоль. Характер и силу механической травмы не всегда удается установить, но в ряде случаев можно отметить достаточно сильное повреждение от удара о твёрдые предметы в момент быстрого движения или падения. Срок от момента травмы до появления опухолевого роста варьирует в широких пределах (от нескольких дней до полутора лет), но основная масса больных всё-таки связывает появление симптомов с недавно произошедшим ушибом или падением.

Биологическую особенность опухоли - скорость ее роста - в определённой мере отражают сроки обращаемости больных за медицинской помощью. Об очень высокой злокачественности и быстром росте новообразования свидетельствует тот факт, что 98 (58,3%) наших больных обратились к врачу через 1-3 месяца после первых признаков заболевания. Большинство больных (11 наблюдений - 66,1%) поступили в стационар в течение первых 6-ти месяцев от начала болезни, проявлявшейся, главным образом, в виде субъективных симптомов.

Кардинальным симптомом заболевания являлись боли. В начальных стадиях они были умеренные, возникали периодически, чаще после физической нагрузки. Появление боли при остеосаркоме связано с вовлечением в процесс надкостницы. Постепенно боль становилась постоянной. Наиболее интенсивный; характер она носила при поражении костей голени; что связано с анатомическими особенностями этой области. Среди наших больных у 104 (61,9%) боль была первым симптомом заболевания, а к моменту поступления в клинику этот признак отмечен у всех (68 наблюдений - и 100%), 22-ти больных (13,1%) отмечали острый, резкий характер болевых ощущений, у остальных же боль была постоянной и имела тупой, ноющий характер. Весьма часто отмечались ночные боли. Вместе с тем в этот период общее состояние больных оставалось хорошим, лишь у некоторых вечером наблюдалось повышение температуры до субфебрильной (7 наблюдений - 4,2%).

Важным клиническим симптомом служил появление опухоли. Следует отметить, что интенсивность её роста может служить диагностическим признаком. Остеосаркомы развиваются очень быстро, о чём свидетельствует тот факт, что из 115 больных (73,7%), обратившихся к врачу в первый месяц заболевания 97 (62,1%) клинически определялась опухоль а при поступлении в клинику жалобы на наличие опухоли предъявляли все 168 больных (100%). Как первый признак заболевания безболезненная опухоль встречалась реже, чем болевые ощущения, и имела место у больных 11-ми (7%). Общие симптомы наблюдались как правило, в поздних стадиях заболевания и проявлялись в виде общего недомогания слабости, похудания, нарушения сна.

Лабораторные исследования у больных остеосаркомой не выявили значительных изменений. В ряде случаев повышалась СОЭ (80 случаев - 47,65%), увеличивалось количество лейкоцитов (82 случаев - 48,8). В поздних стадиях болезни появлялась прогрессирующая анемия. По данным лаборатории городского онко диспансера, нередко отмечается увеличение активности щелочной фосфатазы сыворотки крови (92 наблюдения - 54,8%).

Патологические переломы при остеосаркоме встречаются нечасто (18 наблюдений - 11,5%) и более свойственны остеолитической разновидности опухоли. Наши исследования показали, что за исключением злокачественной

лимфомы кости они наблюдались при остеолитической остеосаркоме в 2 раза чаще, чем при саркомах иного гистогенеза.

Рентгенологические методы исследования. Рентгенологическая картина остеосаркомы чрезвычайно разнообразна и в значительной степени определяется морфологическими особенностями, локализацией и темпами роста новообразования.

Учитывая, что эти варианты могут встречаться в любой из трёх разновидностей опухоли, в нашей клинике используется схема, разработанная О.Н.Хмелевым (1967):

1. Остеолитическая остеосаркома: краевой и центральный варианты.
2. Смешанная разновидность остеосаркомы: краевой, центральный и периферический варианты. В последнем выделяется односторонний и циркулярный варианты.
3. Остеопластическая остеосаркома: центральный и периферический (односторонний, циркулярный) варианты.

Одним из наиболее патогномичных рентгенологических признаков остеосаркомы - наличие своеобразных остеофитов, возникающих на границе наружного дефекта компактного слоя кости и внекостного компонента опухоли, которые имеют вид характерного «козырька» или треугольной «шпоры», расположенной по углом к длинной оси кости («козырек или треугольник Кодмэна»).

Другим рентгенологическим симптомом свидетельствующим о распространении опухолевого процесса за пределы кости, являлись так называемые спикулы - тонкие игольчатые обызвествления с перпендикулярным по отношению к оси кости направлением. На рентгенограммах спикулы довольно часто представлены во взаимоотношении с другими оссификатами.

Кроме описанных выше рентгенологических проявлений остеосаркомы, при остеопластической и смешанной, разновидности опухоли нами отмечался «симптом шаровидных уплотнений». На рентгенограмме эти очаги имели округлую форму, обычно не превышали 1 см в диаметре и располагались на некотором расстоянии от основного массива опухоли. Указанный симптом может оказать существенную помощь в дифференциальной диагностике остеосаркомы, особенно при слабовыраженных процессах костеобразования. Однако его диагностическая ценность в значительной мере снижается тем обстоятельством, что он выявлялся в единичных случаях (в наших исследованиях только в 2 случаях - 1,28%).

Гораздо большее диагностическое значение при остеосаркоме имел ещё один рентгенологический признак, который наблюдался у больных в возрасте до 20-ти лет и только при локализации опухоли в зоне метаэпифизов длинных трубчатых костей конечностей; этот признак обозначается как симптом «повышения эпиметафизарной или метафизарной плотности». Нами в процессе рентгенологического анализа 156-ти больных остеосаркомой обнаружен признак у 10 (6,4%) больных (в возрасте до 20 лет). В сочетании с другими даже косвенными рентгенологическими признаками, этот симптом приобретает существенное значение в диагностике остеосаркомы при локализации новообразования в длинных трубчатых костях.

Цитологические методы исследования остеосаркомы. В зависимости от характера клеточных элементов нами выделено 3 цитологических варианта остеосаркомы. Первый вариант характеризуется относительно мономорфным строением опухолевых клеток (30 наблюдений, 19,2%), Клетки располагаются разрозненно или скоплениями, фон препарата

образуют эритроциты, а также оксифильное межклеточное вещество. В поле зрения препаратов встречаются многоядерные клетки. Некоторые одноядерные клетки имеют сходное строение с нормальными или реактивными остеобластами. Форма одноядерных клеток округлая, овальная, вытянутая, их границы чёткие. Цитоплазма окрашивается базофильно. Ядра округлые или овальные средних размеров, расположены в центре клетки или эксцентрично. Структура хроматина мелкозернистая, равномерная. В ядрах просматриваются два-три ядрышка.

Для второго цитологического варианта остеосарком характерен резкий полиморфизм опухолевых клеток и ядер (93 наблюдений, 59,6%). Клетки располагаются беспорядочно или образуют скопления. Форма клеток округлая, овальная, неправильная, границы клеток часто нечёткие, их размеры мелкие и весьма крупные. Цитоплазма окрашивается от слабо до резко базофильных тонов, может иметь отростчатый вид или окружать клетку в виде ободка, содержит вакуоли или оксифильные гранулы. Ядра имеют округлую, овальную уродливую, бобовидную форму. Размеры ядер от мелких до гигантских, их расположением эксцентрично. Структура хроматина плотная в виде зерен, глыбок, тяжей. Ядрышки просматриваются не во всех клетках. Их число в разных клетках различно (от 1 до 5). По форме и размерам ядрышки полиморфны. В препаратах встречаются 2-3-х ядерные клетки и выявляется, 2-3-х ядерные клетки и выявляется межклеточное вещество остеонидного типа.

Третий вариант остеосаркомы можно охарактеризовать как смешанный, так как в нём встречаются опухолевые клетки описанные выше двух вариантов (33 наблюдения, 21,2%).

Гистологические методы исследования. Остеосаркома при макроскопическом исследовании в зависимости от морфологического варианта имеет различный вид, который отражает также стадию опухолевого процесса и вторичные изменения, возникающие либо спонтанно, либо под влиянием терапевтических воздействий. Постоянно наблюдаются признаки расстройства кровообращения в зоне поражения в виде отёка окружающих мягких тканей, часто с желатинозным превращением межмышечной соединительной ткани и подкожной клетчатки. Размеры и форма опухоли весьма вариабельны момент морфологического исследования опухоль может располагаться либо в пределах поражённой кости, либо часто встречается значительно чаще, она входит за её пределы, достигая 20 см в поперечнике. На разрезе опухолевая ткань имеет из-за беспорядочного сочетания очагов кровоизлияния с зонами неравномерного кровенаполнения, полями некроза и участками опухолевого и реактивного остеогенеза.

В так называемом телеангиэктатическом варианте остеосаркомы основная масса опухоли представлена широкими полостями с кровянистым содержимым. Слабые признаки остеогенеза отмечаются лишь по периферии и перегородках между полостями.

Микроскопически обязательным гистологическим признаком остеосаркомы является опухолевыми клетками неопластического костного вещества, что и определяет гистогенетическую связь этой опухоли со скелотегенными элементами.

Постоянно предпринимаются попытки выделять несколько структурных вариантов остеосаркомы. Основным признаком такого деления чаще всего является способность опухоли продуцировать то или иное межклеточное вещество. Последнее позволяет разделить все случаи остеосаркомы на

остеолитический, клеточный, остеопластический (остеосклеротический) и смешанный варианты строения.

Остеопластическая остеосаркома нами встретилась в 12,8% случаев (20 наблюдений), остеолитическая (остеобластическая) — в 16% (25 наблюдений), смешанный морфологический вариант - в 69,8% (109 наблюдениях). Около 1,9% (3 наблюдения) составили опухоли, имевшие строение остеоидного или телеантического варианта остеосаркомы.

Остеопластическая (остеосклеротическая) остеосаркома. В наших исследованиях данный вариант встречался в 33 (19,6% наблюдениях). К этому варианту относятся опухоли с интенсивно неопластическим остеогенезом в виде атипичных костных балок, иногда образующих сплошные поля.

Остеолитическая исследованиях данный вариант встречался в наблюдениях (30,4%). При этом структурном варианте процессы неопластического остеогенеза в опухоли выражены в значительно меньшем объеме. В опухоли преобладают явления деструкции предшествующей кости за счет лакунарной резорбции. Ткань опухоли представлена преимущественно элементами с различной степенью атипичности, полиморфизма и митотической активности. Клеточный состав остеосаркомы необычайно разнообразен. Иногда клетки имеют сходство с остеобластами, фибробластами; в других новообразованиях или в различных участках одной и той же опухоли они приобретают черты резкого полиморфизма; имеют большие размеры, уродливую форму цитоплазмы и ядер, повышенное сродство к красителям.

Смешанный вариант остеосаркомы. В наших исследованиях данный вариант встречался в 70 наблюдениях (41,7%). Это наиболее часто встречающаяся форма опухоли, сочетающая в себе признаки обоих предшествующих вариантов остеосаркомы.

В саркомах этого морфологического варианта совершенно четко представлен неопластический остеогенез. По качественному уровню костные структуры широко варьируют от необычайно неопластического остеоида до резко минерализованной атипичной костной ткани. Атипичная кость либо формирует сеть балок с афункциональной, либо оппозиционно накладывается на предшествующие трабекулы и заполняет межбалочные пространства.

Гистохимические методы исследования. Гистохимическими методами исследования во всех наблюдениях остеосаркомы (168 случаев - 100%) обнаружены активность щелочной фосфатазы в опухолевой ткани. Активность этого фермента колеблется от умеренных (+) до очень высоких показателей (+++). Так, из 102 наблюдений (100%) в 72 случае (70,6%) обнаружены очень высокие (+++), в 17 случаях (16,7%) высокие (++) и лишь в 13 случаях (12,7%) умеренные (+) позитивные показатели активности щелочной фосфатазы. Негативные (-) показатели при гистохимических методах исследования нами обнаружены не были.

Проточно-цитометрические исследования. В нашем материале проточно-цитометрические исследования составили 96 наблюдения (100%). Из них 21 случаев (21,9%) приготовлены из свежего материала, а 75 случаев (78,1 %) из парафиновых блоков.

По содержанию ДНК в ядрах клеток остеосаркома характеризуется большим разнообразием вариантов. Отдельные наблюдения остеосаркомы отличаются друг от друга как уровнем ploидности преобладающего класса клеток, так и степенью гетерогенности клеточной популяции.

В ней не выявлен модалный класс клеток и вся популяция является многоклоновой. В зависимости от преобладающего в популяции класса клеток, а также степени гетерогенности клеток по содержанию в них ДНК,

выделено 4 группы больных. Первую группу составили 29 больных (1-29 наблюдения). В гистограмме содержания ДНК этой группы преобладают клерки с диплоидным содержанием ДНК 50%, Клетки с гипоплоидным содержанием, ДНК составляют $14,4\% \pm 1,89$, с триплоидным $1,9\% \pm 0,55$; с тетраплоидным - $9,6\% \pm 1,43$ в первой группе относительно небольшой процент составляют полиплоидные клетки: с $9,1\% \pm 1,52$; шести - $1,9\% \pm 0,69$; семи - $0,8\% \pm 0,41$; восьми - $2,5\% \pm 0,8$ и анеуплоидным девятиплоидным - $0,8\% \pm 0,41$ содержанием ДНК.

Вторую группу остеосаркомы составили 27 больных (30-56 наблюдения). Для гистограммы этой группы больных характерно преобладание клеток с триплоидным содержанием ДНК - $50\% \pm 2,66\%$. По сравнению с 1 группой здесь снижается число клеток с диплоидным ($11,0\% \pm 1,67\%$) и гипоплоидным ($1,6\% \pm 0,55$) содержанием ДНК. Клетки с тетраплоидным содержанием ДНК составили $2,5 \pm 0,74$. Вместе с тем, увеличивается относительное число полиплоидных клеток: с пяти — $14,8\% \pm 1,88\%$; шести - $6,8\% \pm 1,26\%$; семи - $8,5\% \pm 1,47\%$. Так же выявляются анеуплоидные клетки с восьми - $2,8\% \pm 0,85\%$; девяти - $1,0\% \pm 0,41\%$ содержанием ДНК.

Третью группу составили 45 больных остеосаркомой (57-101 наблюдения). В гистограмме этой группы преобладают клетки с тетраплоидным содержанием ДНК которые составляют $52,2\% \pm 3,15\%$ клеточной популяции. Число диплоидных клеток - $11,6\% \pm 2,02\%$. Относительно велико число анеуплоидных клеток: с шести-, восьми-, девяти-, десятиплоидным содержанием ДНК, которые соответственно составляют $20,5\% \pm 2,52\%$; $12,5\% \pm 2,05\%$; $2,1\% \pm 0,79\%$; $1,7\% \pm 0,68\%$ клеточной популяции.

Четвертая группа наиболее многочисленная. В нее вошло 67 больных (102-168 32 наблюдения). В гистограмме содержания ДНК этой группы больных не представляется возможным выделить модальный класс клеток. Преобладают над другими классами клеток тетра- ($16,0\% \pm 1,72\%$) и восьмиплоидные ($16,0\% \pm 1,72\%$) клетки. Значительный процент в популяции составляют клетки с анеуплоидным содержанием ДНК: пяти-, шести-, семи-, девяти-, десяти-, двенадцати-, четырнадцати-, девятнадцати-, их число соответственно составляет $6,7\% \pm 1,17\%$; $7,8\% \pm 1,26\%$; $2,2\% \pm 0,69\%$; $4,9\% \pm 1,01\%$; $3,8\% \pm 0,9\%$; $1,6\% \pm 0,59\%$; $2,0\% \pm 0,6\%$, $1,5\% \pm 0,57\%$. В гистограмме IV группу больных имеются клетки с гипоплоидным содержанием ДНК, а также с содержанием ДНК 16с, которые составляют ($2,0\% \pm 0,65\%$). Таким образом, IV группа больных остеосаркомой характеризуется отсутствием четко выраженного типа преобладающих клеток, а также чрезвычайно высокой ploидностью клеток и их гетерогенностью по содержанию ДНК.

Имуногистохимические методы исследования. Перспективным диагностическим маркером при остеосаркомах являются остеонектин и остеокальцин. Иммунофенотипирование при остеосаркоме выявило высокую степень позитивности клеток (++) на такие моноклональные антитела как виментин, остеонектин, остеокальцин. Редкие клетки позитивны (+) к актину и десмину. С остальными шестью исследуемыми маркерами иммуногистохимической панели клетки при остеосаркомах дают отрицательную реакцию.

Заключение. Полученный фактический материал свидетельствует, что определение гистогенетического источника, диагностика и прогнозирование остеосарком возможны и целесообразны только на основе анализа всего комплекса признаков, максимально отражающих специфику опухолевых клеток. Если клинко-рентгенологически и светооптически этот комплекс частично может быть определен в высокодифференцированных и

умеренно-дифференцированных остеосаркомах, то более-широкие возможности проточной цитометрии и иммуногистохимии делают реальным гистогенетическую идентификацию, дифференциальную диагностику и прогнозирование также низкодифференцированной группы остеосарком.

ƏDƏBİYYAT - LİTERATURA – REFERENCES:

1. Амирасланов А.Т.. Остеогенная саркома, Баку, 1987, 176 с.
2. Revell P.A. Diseases of bones and joints, - /Paediatric pathology / Ed, C.L. Berry. Berlin Heidelberg New York: Springer, 2010, p.451-485.
3. Bacci G., Briccoli A., - Mercuri M., et. al., Osteosarcoma of the extremities with synchronous lung metastases // J. Chemother., 2008, v.10, №1, p, 69-76.
4. McKenna R.J., Schwinn C.P., Seong K.Y., Hightbotham NX, Osteogenic sarcoma arising in Paget's disease. - cancer, 1994, v.17, p.42-66.
5. Мурадов Х.К. Оптимизации диагностики и прогнозирования неопухольных поражений, костеобразующий и костомозговых опухолей (клинико -морфологические аспекты): Дисс. ...докт. мед. наук. Баку, 2003, 365 с.
6. Fanburg J.C., Rosenberg A.E., Weaver D.L., et. al., Osteocalcin and osteonectin immunoreactivity in the diagnosis of osteosarcoma // Am, J. Clin. Pathol., 1997, v.108, №4, p. 464-473.
7. Sanerkin N.G., Jeffrey G.M Cytology of bone tumours; Colour atlas with text. Bristol; Wright, 1990, p.51-84,
8. Matsuno T., Unni K.K., McLeod R.A., Dahlin D.C, Telangiectatic osteogenic sarcoma // Cancer, 2006, V38, p.2538-2547/

X Ü L A S Ə

OSTEOSARKOMALARIN DİAQNOSTİKASINDA MÜASİR TƏDQİQAT METODLARI

Sadiqova G.H., Muradov H.K.

Azərbaycan Tibb Universitetinin Histologiya, embriologiya və sitologiya kafedrası

Açar sözlər: osteosarkoma, diaqnostika üsulları.

Məqalədə müasir tədqiqat metodlarından istifadə etməklə osteosarkomaların diaqnostikasının optimallaşdırılması yollarının araşdırılması məqsədilə aparılmış tədqiqat işi haqqında məlumat verilmişdir. Prosesin xarakterindən, histogenetik mənbələrindən, diferensiasiya tipindən asılı olmayaraq, osteosarkomalar digər sümük şişlərindən həm klinik rentgenoloji, həm də morfoloji parametrlərinə görə fərqlənir. Şiş hüceyrələri müxtəlif diferensiasiya yolları keçməklə, müəyyən histokimyəvi, axıcı – sitometrik və immunohistokimyəvi əlamətlər qazanırlar. Qeyd edilən bu əlamətlər şişlərin histogenetik mənbələrinin dəqiqləşdirilməsində, onların diferensial diaqnostikasının aparılmasında önəmli rol oynaya bilər.

S U M M A R Y

MODERN METHODS OF INVESTIGATION IN DIAQNOSTICS OF OSTEOSARCOMAS

Sadiqova G.H., Muradov H.K.

Department of Histology, cytology and embryology, Azerbaijan Medical University, Baku.

The aim of this study was to determine new diagnostic pathways or osteosarcomas with modern investigation methods. Osteosarcomas, that regardless of the feature of process, from source of histogenesis, of differentiation type were different from other bone tumors diseases at clinical, X-ray and morphological parameters. The tumor cells when pass through different way that received the histochemical, immunohistochemical and fluid cytometric characteristic

peculiarities. The above shown symptoms are participated on the identifying the histogenetic source of tumors and its differentiated diagnosis.

Daxil olub: 1.03.2017.

QALOPERİDOL VƏ ONUN FARMAKOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ.

Rüstənova M.

ATU-nun Farmakologiya kafedrası, Elmi Tədqiqat Mərkəzi.

Geniş arsenallı dərman preparatları vasitəsilə həyata keçirilən farmakoterapiya bu gün də xəstəliklərin əsas müalicə vasitəsi olaraq davam edir. Lakin bu gün tibbi praktikada önəmli bir müalicə vasitəsi kimi istifadə edilən hər hansı bir preparat əlavə təsirlərdən xali deyildir. Artıq çox saylı tədqiqatlarla sübuta yetirilmişdir ki, dərman preparatları metabolizmin ferment sisteminə, genetik polimorfizm reseptorlarına, endokrin sisteminə və orqanizmin digər sistemlərinə əlavə təsir göstərməklə onların fəaliyyətində müəyyən dəyişikliklərə səbəb olur (1). Bu xüsusiyyət ən çox qısa terapevtik dozaya malik preparatlarda xüsusilə neyroleptiklərdə özünü göstərir.

Həyatın sürətli inkişafı, informasiyaların, həddən artıq çoxalması və s. hallar insan psixasının pozulmasında təkanverici amil olması sübuta yetirilmiş hal kimi qəbul olunmuşdur. Bir tərəfdən genetik amillər digər tərəfdən ətraf mühitin təsirindən psixası pozulmuş insanların sayı sürətlə artmaqdadır. Ona görə də ruhi xəstəliklərin istər profilaktikası və istərsədə müalicəsi üçün neyroleptiklərə tələbat durmadan artmaqdadır. Nəzərə alsaq ki, hazırda neyroleptiklər psixoloji pozğunluqda və eləcədə sinir sisteminin digər patologiyalarında geniş istifadə olunan dərman preparatıdır (2,3,4). Onda problemin aktualığı şübhə doğurmaz. Neyroleptiklərin bir nümayəndəsi və şizofreniya xəstəliyinin müalicəsində geniş istifadə olunan dərman preparatı qaloperidoldur (4).

Qaloperidol butrirofenon qrupunun nümayəndəsidir. Daxilə qəbul etmək üçün damcı və tablet formasında, venadaxilinə və əzələ daxilinə yeritmək üçün isə məhlul formasında buraxılır. Aparılan tədqiqatlar sübuta yetirmişdir ki, qanda qaloperidolun qatılığı 5,6-16,9 mq/l diapazonda olduqda terapevtik effekt göstərir (6).

Lakin əksər alimlər qaloperidolun qanda qatılığının 10 mq/l olmasını optimal variant hesab edirlər (9). Onların fikircə qanda qaloperidolun qatılığının 10 mq/l olması onun əlavə təsirlərini kəskin şəkildə azaldır. (6,7,8). Qaloperidol daxilə yemək zamanı və ya yeməkdən sonra 240 ml həcmində su və ya südlə qəbul olunur. Yaşlı insanlar üçün ilkin doza 0,5-5mq tövsiyyə edilir və gün ərzində 3 dəfəyə qəbul olunur. Lakin bu mütləq doza deyildir. Lazım gəldikdə terapevtik effekt alınana qədər preparatın qəbul dozasını artırmaq mümkündür. Lakin maksimal dozası gün ərzində 100 mq-dan artıq olmamalıdır. Klinisistlərin verdikləri məlumatlara görə orta terapevtik doza 10-15 mq-a, xroniki formalı şizofreniyası olan xəstələrdə isə hətta 20-60 mq-a bərabərdir (10).

Müəyyən edilmişdir ki, qaloperidolla müalicə 2-3 ay müddətində aparılmalıdır. Effekt alındıqdan sonra onun qəbul dozası tədricən azaldılmalı və gün ərzində 5-10 mq-a endirilməlidir.

Qaloperidolun qəbul dozası xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq seçilməlidir. Klinisistlərin fikircə ahıl və fiziki cəhətcə zəifləmiş xəstələrə 0,5-2 mq dozada

preparat təyin olunmalıdır. Göstərilən dozada qaloperidolu gün ərzində 2-3 dəfədən artıq olmamaq şərtilə qəbul edilməlidir (1). 3-12 yaş arasında və çəkisi 15-40 kq olan psixası pozulmuş uşaqlara hər kq çəkiyə 0,05 mq dozada (gün ərzində 2-3 dəfə) təyin edilir. Lakin bu mütləq doza deyildir. Lazım gəldikdə qaloperidolun qəbulunu 0,5 mq-a qədər artırmaq olar. Bir sıra klinisistlər qeyd edirlər ki, uşaqlara 0,5 mq dozada qaloperidolu 5-7 gün müddətində gündə 1 dəfə təyin etmək lazımdır. (7,10,11).

Davranışın qeyri psixogen xəstəliklərində, Turetta xəstəliyinin başlanğıcında gün ərzində 0,05 mq/kq dozada qaloperidol təyin edilir və bu doza gün ərzində 2-3 yerə bölünərək daxilə qəbul edilir. Xəstəliyin gedişindən asılı olaraq sonrakı günlərdə müalicənin daha səmərəli nəticəsini təmin etmək məqsədilə preparatın qəbul dozası 0,5 mq-a qədər uzadılır və 5-7 gün müddətində daxilə qəbul edilir.

Qaloperidol uşaq autizm xəstəliyində də geniş şəkildə tətbiq olunur. Bu zaman preparatın gün ərzində qəbulu 0,025-0,05 mq/kq-a çatdırılır. Preparatın 1 ay müddətində qəbulundan nəticə almadıqda qaloperidolun qəbulunun davam etdirilməsi tövsiyyə olunmur.

Xəstəliyin kəskinləşdiyi hallarda və ya per oral qəbulun mümkün olmadığı zaman qaloperidol damar daxilinə yeridilir. Fasilə vermədən qusma halları olduqda vena daxilinə 4-8 saat fasilə verməklə gündə 2 dəfə 2-5 mq qaloperidolun yeridilməsi məsləhət görülür. Kəskin psixozlarda isə 5-10 mq dozada qaloperidol vena daxilinə və ya əzələ daxilinə yeridilir. Qeyd olunan doza 30-40 dəqiqə intervalla gün ərzində iki dəfə təkrarlana bilər. Gündəlik maksimal doza 100 mq-ı aşmamalıdır.

Kəskin alkaqol psixozlarında isə vena daxilinə 5-10 mq dozada qaloperidol yeridilir. Əgər lazım olan effekt alınmasa 10-20 mq dozada dəqiqədə 10 mq olmaq şərtilə təkrar ifzuyanın aparılması istənilən nəticəni əldə etməyə imkan yaradır.

Qaloperidol dekanotla qarışdırılmış şəkildə də işlədilir. Bilmək lazımdır ki, dekanotla qarışdırılmış qaloperidol yalnız əzələ daxilinə yeridilmək üçündür. 25 mq olmaq şərtilə 15-30 gündən bir əzələ daxilinə yeridilir. Bu mütləq hədd deyildir. Lazım gəldikdə qaloperidol dekanot qarışığı 100-150 mq-a qədər artırıla bilər. Bu zaman 1 aydan az olmayan interval saxlanılmalıdır.

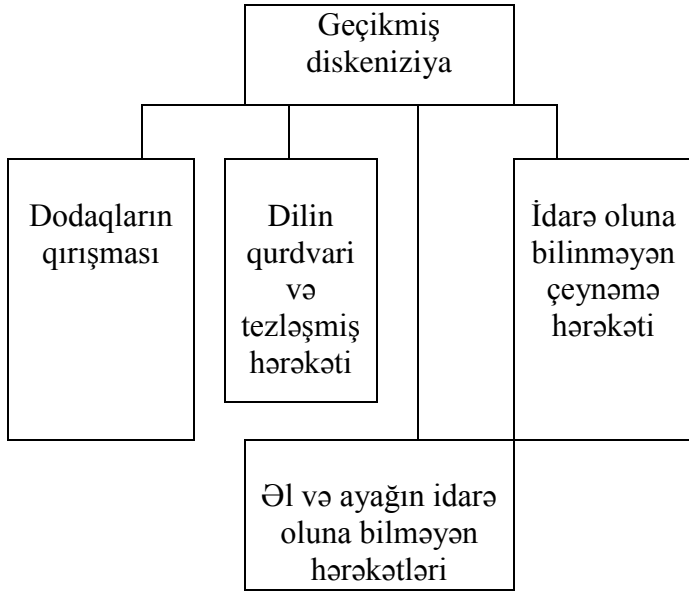
Qaloperidol dekanot qaloperidolla müqayisədə daha uzun müddətli təsirə malikdir. Davamlı hallüsinasiyaları, maniyaları aradan qaldırır. Ətrafındakılara marağı gücləndirir. Hiperaktiv uşaqlarda yığılmış hərəkəti aktivliyi, davranış pozulmalarını (aqrəssivliyi, diqqətin cəmlənməsinin dağılmasını və digər əlamətləri) ortadan götürür. Dərman preparatının terapevtik effekti 6 həftəyə qədər davam edir.

Qaloperidol “güclü” neyroleptiklərə aid olub, antipsixotik təsirə malik olmaqla yanaşı əksər hallarda ekstrapramidal sistemə təsir göstərməklə müxtəlif fəsadlar yaradır (5). Bu fəsadlar içərisində mikrosomal qaraciyər fermentlərinin blokadası daha tez-tez təsadüf edir və orqanizmdə bir sıra qeyri adekvat reaksiyalara səbəb olur. Bu reaksiyalar sayəsində qəbul olunan digər preparatların transformasiyasını ləngidir və onların qanda qatılığını toksiklik dərəcəsinə qədər artırır. Əmələ gələn toksiki reaksiyalar mübadilə prosesinə təsir göstərməklə orqanizmdə lal şəkildə olan patoloji prosesi oyadır və hətta dərinləşdirə bilər.

Qaloperidol retikulyar farmasiyada α -adrenoreseptorları blokada etməklə orqanizmin endokrin statusunda da müxtəlif dəyişikliyə səbəb olur. Hipofizin ön payında prolaktinin məhsullarını artırır və qanadotrop hormonların miqdarını azaldır.

Səbəbi bəlli olmayan baş ağrıları, yuxusuzluq, təşviş hissləri, oyanıqlıq, eyforiya və ya depressiya, eplepsiya tutmaları, psixozun və ya hallüsinasiyanın kəskinləşməsi kimi hallar qaloperidolun qəbulunun ilk günləri üçün xarakterik olan əlamətlərdəndir.

Gecikmiş distoniya aşağıdakı klinik əlamətlərlə özünü göstərmiş olur.



Əl və ayağın tənzim olunmayan bükül-mə vəziyyətinin alınması, bəd gedişli neyroleptik sindrom da gecikmiş distoniyanın əsas əlaməti kimi qiymətləndirilməlidir.

Bu zaman xəstələrin bir qrupunda tənəffüs çətinləşir. Digər qrup xəstələr isə tənəffüsün tezləşməsindən şikayət edirlər. Xəstələrin böyük bir qisminə ürəyin ritmi sürətlənir, bəzilərində isə pozularaq müxtəlif formalı aritmiyalarla özünü göstərir. Hemodinamikanın stabilliyi pozulur. Xəstələrin bir qisminin arterial təzyiqi yüksəlir, müəyyən bir qismi isə hipotoniya şikayətlənir. Səbəbsiz yerə tərləmə isə xəstələrin əksəriyyətinin şikayətində səslənir.

Xəstələri daha çox narahat edən hallar o cümlədən sidiyin saxlaya bilməməsi, əzələ rigidliyi, epileptik tutmalar, huşun itirilməsi və s. hallar həkimə müraciyyət zamanı onun diqqətinə çatdırılır.

Sinir sistemində yaranmış əlavə təsirlərdən bağlı başqa ürək-damar sistemində yaranan bir sıra problemlər xəstələrin şikayətlərinin əsas tərkib hissəsini təşkil edir. Qaloperidolun yüksək dozalarda istifadəsi xəstələrdə hemodinamik pozğunluqlar yaradır. Arterial təzyiq normal səviyyədə aşağı düşür. Ortostatik hipotenziya xəstələrdə narahatlıq doğurur. Müxtəlif tipli aritmiyalar, xüsusən də taxikardiya xəstələri narahat edir. Elektrokardiogramda qeyd olunan Q-T intervalının uzanması, mədəciklərin treptaniya və sərilməsi həkimdə xəstələrin həyat təhlükəsi riskinin artması haqqında fikir yaradır. Hətta qəflətən ölüm halları da baş verdiyindən bu cür hallarda xəstələri stasionarda kardiologiya şöbəsində, bəzi hallarda isə kardioreanimasiyada qəspitalizasiyası tövsiyə olunur.

Qaloperidolun istifadəsi zamanı həzm sistemində də bir sıra patoloji hallarla rastlaşmaq mümkündür. Xəstələrin iştahı azalır, ağızlarında quruluq yaranır. Xəstələri dinlədikdə hiposalivasiya, qusma, diareya və ya qəbizlik onların əsas şikayətlərindən biri kimi qəbul edilir. Bundan əlavə xəstələr bəzi halda qaraciyərin funksiyasını andıran şikayətləri də həkimin diqqətinə çatdırırlar. Az da olsa bu qəbildən olan xəstələr içərisində sarılığın inkişaf mümkün hal hesab edilir.

Uzun müddətli müalicə zamanı isə daha ciddi əlavə təsirlər o cümlədən ekstrapromid pozulmalar, gecikmiş diskineziya və distoniya qeydə alınmışdır. Müəyyən edilmişdir ki, qaloperidolun uzun müddətli qəbulu zamanı baş vermiş ən ciddi fəsad ekstrapiramid pozulmalardır. Ekstrapromid pozulmaların baş verməsi nisbətən az xəstələrdə müşahidə edilir. Lakin ondan fərqli olaraq gecikmiş diskineziya və distoniya daha tez-tez rast gəlinən əlavə təsir kimi qəbul edilmişdir.

Gecikmiş distoniya isə uzun qeyri adi görünüşü, boynun, gövdənin,

Nadir hallarda qaloperidolun təsirindən qanyaradıcı sistemdə çox da davam etməyən patoloji hallar müşahidə olunur. Qanın formalı elementlərində leykopeniya və ya leykositoz, aqranulositoz, eritropeniya və monositoza meyillik daha tez-tez rast gəlinir.

Sidik cinsiyyət sistemində olan dəyişikliklərin içərisində periferik ödem, döş vəzilərində ağrılar, hiperprolaktinemiya, menstrual siklin pozulması, cinsi fəallığın aşağı düşməsi və s. hallar xəstələrin şikayətinin əsasını təşkil edir. Prostat vəzinin adenoması olan xəstələrdə isə sidik axımının kəskin durğunluğu baş verə bilər.

Görmə üzvlərində katarakta, retinopatiya, görmənin aydın olmaması kimi əlamətlər meydana çıxır. Qaloperidolun allergik reaksiyalar törətmək təhlükəsi daha yüksəkdir. Xəstələrdə dəridə müxtəlif səpgilərlə, nadir hallarda isə bronxospazm və larinqo-spazm şəklində təzahür edir.

Xəstələri laborator müayinə edərkən hiponatriemiya, hiper və ya hipopqlikemiya aşkar edilir.

Tüklərin tökülməsi, bədən kütləsinin artması da qaloperidolun əlavə təsiri hesab olunur.

Qaloperidolu artıq dozada işlətdikdə əzələdə rigidlik, tremor, yuxululuq, arterial təzyiqin enməsi, nadir hallarda isə yüksəlməsi müşahidə edilir. Ağır hallarda komotoz vəziyyət, tənəffüsün pozulması, hətta şokun inkişafı istisna edilmir. Ona görə preparatın artıq dozası qəbul edilməsi hallarında xəstənin mədəsi yuyulmalı, entrosorbentlər (aktivləşmiş kömür) təyin edilməlidir. Tənəffüsün ağır pozulduğu hallarda isə xəstə sünii tənəffüs aparatına qoşulmalıdır. Qan dövrənini yaxşılaşdırmaq məqsədilə damar daxilinə plazma və ya albumin məhlulu, norepinefin köçürülməlidir.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Ingelman-Sundberg M. Human drug metabolising cytochrome P 450 enzymes: properties and polymorphisms // Naunyn Schmiedebergs Arch. Pharmacol. 2004. №1. P. 89-104.
2. Purdon S.E., Jones B.D., Stip E et al. Neuropsychological change in early phase schizophrenia during 12 months of treatment with olanzapine, risperidone, or haloperidol // Arch. Gen. Psychiatry 2000. P. 249-258.
3. Gury C. Schizophrenia, diabetes mellitus and antipsychotics. Encephale. 2004. Jul-Aug №4. P. 382-391.
4. Курылев А.А., Андреев Б.В. Фармакогенетические особенности эффективности и безопасности применения галоперидола и рисперидона (обзор литературы). / Вестник Санкт-Петербургского университета 2012. Вып 3. с 62-71.
5. Евсегнеев Р.А. Современные стандарты лечения шизофрении. // Медицинские новости. 2004. №1 с. 58-62.
6. Kudo S., Ishizaki T. Pharmacokinetics of haloperidol: an update // Clin. Pharmacokinet. 1999. №6. P. 435-456.
7. Yasul-Furukori N., Kondo T., Suzuki A., et al. Effect of the CYP_{2D6} genotype on prolactin concentration in schizophrenic patients treated with haloperidol // Schizophr. Res 2001 №1-2. P. 139-142.
8. Brockmoller J., Kirchheiner T., Schmider J. et al. The impact of the CYP_{2D6} polymorphism on haloperidol pharmacokinetics and on the outcome of haloperidol treatment // Clin. Pharmacol. Ther. 2002. №4. P. 438-452.
9. Weiden P., Mackell J., Mc Donnell. D. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. // Schizophrenia Res. 2004. №66. P. 51-57.
10. Ohnuma T., Shibata N., Matsubara Y., Arai H. Haloperidol plasma concentration in Japanese psychiatric subjects with gene duplication of CYP_{2D6} // Br. J. Clin. Pharmacol 2003/9. T.56, №3. P. 315-320.
11. Roh H.K., Chung J.Y., Oh D. Y., et al. Plasma concentrations of haloperidol are related to CYP_{2D6} genotype at low, but not high doses of haloperidol in Korean schizophrenic patients // Br. J. Clin. Pharmacol. 2001. №3 P. 265-271.

Daxil olub: 18.12.2016.

ARTERIAL HİPERTENZIYA VƏ SOL MƏDƏCİYİN HİPERTROFIYASI**Mustafayev İ.İ., Hümmətova S.R.****Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, terapiya kafedrası.**

Arterial hipertenziyası (AH) olan xəstələrin klinik təzahürünün ağırlığı və proqnozu nəinki arterial təzyiqin (AT) artma dərəcəsindən, həm də hədəf-orqanların zədələnməsindən, o cümlədən də sol mədəciyin miokardının hipertrofiyasının (SMH) olmasından xeyli asılıdır. SMH miositlərin hipertrofiyası, kollagenin miqdarının artması və miokardial fibrozla səciyyələnir. Bu dəyişikliklər miokardın oksigenə olan tələbatının artmasına, ardınca işemiyanın inkişaf etməsinə, sistolik və diastolik funksiyaların pozulmasına, aritmiyaya səbəb olur (NHANES II) [1,2].

Arterial hipertenziya (AH) zamanı sol mədəciyin hipertrofiyası (SMH) hədəf-orqanlarının zədələnməsi sırasında ən çox rast gəlinmişdi. Bu da ürəyin remodelyasiyası səbəbindən baş verir. Ürəyin remodelyasiyası onun strukturu və funksiyasının kompleks pozulması prosesidir və buraya miokardın kütləsinin artması, boşluqların dilatasiyası və mədəciklərin geometrik xarakteristikasının dəyişiklikləri daxildir. SMH-nin exokardioqrafik diaqnostikasının təkmilləşməsi aydın göstərir ki, AH zamanı sol mədəciyin anatomik dəyişməsi həmişə miokardın kütləsinin artması ilə müşayiət olunmur, sol mədəciyin boşluq ölçüsünün kiçilməsi miokardın normal kütləsində də baş verə bilər [3-5].

SMH-nin inkişaf etməsi müxtəlif genetik, demoqrafik, klinik və biokimyəvi amillərlə bağlıdır. SMH-nin inkişafı ilə assosiasiyada olan demoqrafik amillər və həyat tərzinə yaş, cins, fiziki aktivlik, irq, piylənmə, duza həssaslıq, istifadə olunan alkoholun miqdarı daxildir [6]. Bu səbəblər sırasına dağlıq şəraitində yaşamaq da aid edilir. Müəyyən olunmuşdur ki, 55 yaşına kimi SMH kişilərdə bir qədər çox təsadüf edir, nəinki qadınlarda, sonralar isə təxminən hər iki cinsdə eyni tezlikdə baş verir. Bütün bu pozulmalar bir sıra kompleks amillərin təsiri nəticəsində baş verir ki, bunlara ümumi barometrik təzyiqin və oksigenin parsial təzyiqinin aşağı olması, hərərətin və rütubətin kəskin dəyişməsi, günəş radiasiyası və atmosfer cərəyanının intensivliyinin dəyişməsi aiddir [7-9]. Dağ yerlərində qeyri-adi şərait nəticəsində baş verən yüksək səviyyənin psixoemosional gərginliyinin də rolu nəzərə alınmalıdır.

Lakin dağlıq - hipoksiya şəraitində yaşayan AH xəstələrində AH-ın dərəcəsindən asılı olaraq SMH və miokardın remodelyasiyasının öyrənilməsinə dair işlər azlıq təşkil edir və nəticələr olduqca təzadlıdır.

Tədqiqatın məqsədi. AH ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq Azərbaycanın dağlıq zonasında yaşayan (Quba rayonu nümunəsində) həm kişi, həm də qadınlarda SMH və miokardın remodelyasiyasının xüsusiyyətlərinin öyrənilməsidir.

Material və metodlar. Tədqiqat obyektini olaraq Quba Diaqnostika Mərkəzinə (QDM) müraciət etmiş 88 nəfər AH xəstələridir. Bütün xəstələrdə ExoKQ ("ACUSON X-300", Almaniya) müayinəsi aparılmışdır. Xəstələr Avropa Kardioloji cəmiyyəti (ESC) və Hipertenziya cəmiyyətinin (ESH) 2013-cü il tövsiyəsi əsasında AH-a görə 3 qrupa bölünmüşdür [10]. I qrup - I dərəcəli AH (140-159/90-99 mm c.st.); II qrup - II dərəcəli AH (160-179/100-109 mm c.st.); III qrup - III dərəcəli AH (180 və yuxarı / ≥ 110).

I qrupda 22 xəstə - 11 qadın ($61 \pm 2,09$ il) və 11 kişi ($67 \pm 3,04$ il);

II qrupda 20 xəstə - 12 qadın ($60 \pm 2,7$ il) və 8 kişi ($56 \pm 3,6$ il)

III qrupda 46 xəstə - 25 qadın ($62 \pm 1,4$ il) və 21 kişi ($59 \pm 1,9$ il) təşkil etmişdir.

Tədqiqatlarımızdan I qrup kişi pasientlərdə DAT - $90,4 \pm 1,99$ mm c.s., II qrup pasientlərdə $115 \pm 3,02$ mm c. s., III qrup pasientlərdə $107,5 \pm 6,1$ mm c.s. müəyyən olunmuşdur.

I qrup qadın pasientlərdə isə DAT - $88,6 \pm 2,95$ mm c.s., II qrup pasientlərdə $104,4 \pm 3,97$ mm c. s., III qrup pasientlərdə $105,5 \pm 3,9$ mm c.s. təşkil etmişdir.

Müraciət edən xəstələr arasında III dərəcə AH olan pasientlər ən çox - 52,2 % təşkil etmişdir, AH II dərəcə - 25 % , AH I dərəcə - 22,7% təsadüf etmişdir.

Exokardioqrafiyada son-sistolik və son-diastolik ölçülər (SSÖ, mm ; SDÖ, mm), qısalma fraksiyası (%), SM-in miokardının kütləsi (SMMK), sol mədəciyin arxa divarının qalınlığı (SMADQ) və SM-in arxa divarının nisbi qalınlığı (ADNQ), mədəciklərarası çəpərin qalınlığı (MAÇQ) və mədəciklərarası çəpərin nisbi qalınlığı (MAÇNQ), transmitral axın sürətləri və indeksi (E,A, E/A) hər iki cins pasientlərdə hesablanmışdır.

Sol mədəciyin miokardının kütləsinin (SMMK) təyinində ExoKQ üçün Amerika cəmiyyətinin tövsiyəsinə (ASE-Convention,1978) əsaslanıb formül üzrə [11] hesablanmışdır:

$$SMMK = 0,8x[1,04 \times (MAÇ + SMAD + SDÖ)^3 - SDÖ^3] + 0,6 \text{ q.}$$

Burada, 0,6 və 0,8 – düzəltmə koeffisientləridir; MAÇ- mədəciklərarası çəpərin qalınlığı; SMAD - sol mədəciyin arxa divarının qalınlığı; SDÖ- son diastolik ölçü; 1,04 – miokardın nisbi sıxlığıdır.

Sol mədəciyin qeyri-invaziv diastolik disfunksiyasının diaqnostikası üçün diastolik meridional miokardial stressin hesablanması əhəmiyyətlidir:

$$MC_d = 0,334 \times DAT \times SDÖ / SMAD \times (1 + SMAD / SDÖ) \text{ q/sm}^2$$

Burada, 0,334 – düzəltmə koeffisientidir. Nəticə 140 və ya ondan da az olduqda ürəyin miokardının əvvəlcədən yüklənmədiyini göstərir. Hipotenziv preparatlar alan pasientlərlə hipotenziv terapiyanın korreksiyasını aparmaq lazım gəlmir [12].

Sol mədəciyin(SM) geometrik dəyişikliklərini öyrənmək üçün ADNQ və MAÇNQ riyazi formulla hesablanmışdır [11]. Arxa divarın nisbi qalınlığı (ADNQ) arxa divarın qalınlığının (ADQ) 2 mislini son diastolik ölçüyə (SDÖ) bölməsi formulundan istifadə olunmuşdur:

$$ADNQ = 2 \times ADQ / SDÖ.$$

Mədəciklərarası nisbi qalınlığı (MAÇNQ) mədəciklərarası çəpərin qalınlığının (MAÇQ) 2 mislini son diastolik ölçüyə (SDÖ) bölməklə hesablanmışdır:

$$MAÇNQ = 2 \times MAÇQ / SDÖ.$$

I tip - SM normal geometriyasında $ADNQ < 0,45$ və $MAÇNQ < 0,45$;

II tip – SM konsentrik remodeliyasında $ADNQ > 0,45$ və $MAÇNQ > 0,45$

III tip- MAÇ izolə olmuş hipertrofiya $ADNQ < 0,45$ və $MAÇNQ > 0,45$;

IV tip – SMAD izolə olmuş hipertrofiya $ADNQ > 0,45$ və $MAÇNQ < 0,45$.

Tədqiqatların nəticələrinin statistik işlənməsi Exsel-2007 kompyuter proqramının köməkliyi ilə aparılmışdır. Orta riyazi ədəd (M), orta xəta(m) və dürüstlük əmsalı (p) hesablanmış və $p < 0,05$ olduqda nəticələr dürüst sayılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Aparılan müayinələrin ExoKQ nəticələrinə görə sol mədəciyin (SM) diastolik funksiyasının relaksativ pozuntusu bütün xəstələrdə aşkar edilmişdir.

Cədvəl № 1.

Dağlıq şəraitində yaşayan AH dərəcəsiəndən asılı olaraq kiři pasientlərdə ExoKQ parametrlərinin səciyyəvi xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Norma	I qrup (n=11)	II qrup (n=9)	III qrup (n=21)	P
SDÖ, mm	37-57	42,3±0,86 (40-49)	49,3±3,61 (44-60)	49,7±1,19 (44-64)	p1,2 >0,05 p1,3 <0,05 p2,3 >0,05
SSÖ, mm	24-39	27,2±0,48 (27-32)	33±3,61 (27-43)	32,3±1,32 (28-50)	p1,2 >0,05 p1,3 <0,05 p2,3 >0,05
MAÇQ, mm	6-11	10,45±0,48 (8-13)	13±2,7 (10-22)	12,4±0,18 (11-14)	p1,2 >0,05 p1,3 <0,05 p2,3 >0,05
SMADQ, mm	6-11	9,82±0,38 (8-12)	12,8±2,7 (11-22)	11,5±0,48 (5-13)	p1,2 >0,05 p1,3 <0,05 p2,3 >0,05
Global,%	53-77	55,09±2,85 (38-68)	57,6±4,96 (43-65)	59,9±1,98 (35-68)	p1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3 >0,05
Qısalma fraksiyası, %	24-46	39±0,49 (38-40)	32,6±3,16 (22-36)	35,8±1,49 (18-39)	p1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3 >0,05
E, m/s	0,6-1,3	0,69±0,02 (0,6-0,8)	0,71±0,09 (0,6-1)	0,70±0,03 (0,5-1)	p1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3 >0,05
A, m/s		0,86±0,03 (0,7-1)	0,75±0,12 (0,5-0,8)	0,9±0,08 (0,7-1,4)	p1,2 <0,05 p1,3 >0,05 p2,3 >0,05
E/A, vah.	> 1	0,80±0,02 (0,7-0,88)	0,95±0,06* (0,65-0,88)	0,78±0,16 (0,63-0,89)	p1,2 <0,05 p1,3 >0,05 p2,3 >0,05

Qeyd: p<0,05 - statistik ehtimal dürüslük

Hər üç qrupdan olan kiři pasientlərdə həm diastolik (SDÖ), həm də sistolik (SSÖ) ölçülər norma həddində olmuşdur (cədvəl 1). Lakin SDÖ göstəricisi II qrup pasientlərdə I qrupdan çox, III qrupda isə II qrupla müqayisədə artmışdır. III qrupda I qrupla müqayisədə bu artım statistik dürüslük həddinə çatmışdır ehtimal dürüst artmışdır (49,7±1,19 mm qarşı 42,3±0,86 mm; p<0,05).

SSÖ arterial hipertenziyanın ağırlıq dərəcəsiəndən asılı olaraq statistik səhih artmışdır.

Oxşar dinamika mədəcikasası çəpərin qalınlığında da müşahidə olunur (cədvəl 1).

Sol mədəciyin arxa divarının qalınlığı (SMADQ) I dərəcəli AH xəstələrində normal olduğu halda, II və III dərəcəli AH-lı pasientlərdə I dərəcəli AH-dan yüksəkdir. III qrup pasientlərində I qrupla müqayisədə statistik dürüslüklə artmışdır (11,5±0,48 mm qarşı 9,82±0,18 mm; p<0,05).

Global dəyişikliyin qısalma fraksiyası və erkən diastolik transmitral axının maksimal sürəti (E) göstəriciləri hər üç qrup xəstələrdə statistik dürüslük həddinə çatmayan artmasına baxmayaraq normal göstəricilər səviyyəsində olmuşdur.

Gec transmitral axının maksimal sürəti isə yalnız II qrup xəstələrdə I qrupla müqayisədə statistik dürüst azalmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl № 2.

Dağlıq şəraitində yaşayan AH dərəcəsinə asılı olaraq qadın pasientlərdə ExoKQ parametrlərinin səciyyəvi xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Norma	I qrup (n=11)	II qrup (n=12)	III qrup (n=26)	P
SDÖ, mm	37-57	46,2±1,62 (40-57)	45,8±0,34 (44-46)	49,6±1,58 (44-75)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p 2,3 <0,05
SSÖ, mm	24-39	29±0,48 (26-31)	29,6±0,68 (27-31)	33,8±2,04 (27-67)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
MAÇQ,mm	6-11	10,45±0,57 (8-14)	11,4±0,34 (10-12)	12,08±0,31 ** (8-14)	p 1,2 >0,05 p1,3 <0,05 p2,3>0,05
SMADQ,mm	6-11	10,09±0,48 (8-13)	11,6±0,17* (11-12)	11,3±0,41 (5-13)	p 1,2 <0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
Global,%	53-77	56,9±2,85 (38-68)	62,3±0,51 (60-65)	61,3±2,44 (20-68)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
Qısalma fraksiyası,%	24-46	38±9,22 (38-38)	34,8±0,34 (34-36)	31,7±2,06 (1-39)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
E, m/s	0,6-1,3	0,69±0,02 (0,6-0,8)	0,64±0,02 (0,6-0,7)	0,78±0,07 (0,5-1,8)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
A, m/s		0,96±0,07 (0,7-1,4)	0,74±0,02* (0,7-0,8)	0,81±0,05 (0,5-1,4)	p 1,2 <0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05
E/A,vah.	> 1	0,82±0,02 (0,7-0,88)	0,86±0,04 (0,65-0,86)	0,90±0,28 (0,63-3,6)	p 1,2 >0,05 p1,3 >0,05 p2,3>0,05

Qeyd: p<0,05 - statistik ehtimal dürüstlük

E/A dəyəri > 1 olduqda diastolik doldurulma normal hesab edilirdi. E/A < 1 relaksasiyanın pozulma tipinə, E/A>2 restriktiv tipin doldurulmasına görə diastolik disfunksiyaya uyğun gəlirdi. Deməli, hər üç qrup xəstələrdə relaksasiyanın pozulma tipi müşahidə olunmuşdur.

Miokardın hipertrofiyası ürək əzələsinin yüklənməsinin artması - ürək-damar xəstəlikləri, eləcə də fiziki yükə qarşı fundamental adaptasiya mexanizmidir. Ürək əzələsi digər əzələlər kimi yüklənmə artdıqda qalınlaşır. Kişilərdə miokardın normada orta kütləsi – 135 q və ən yüksək həddi 183 q-dır.

Tədqiqatlarımızdan məlum olmuşdur ki, I qrup kişi pasientlərdə SMMK normadan az olmuş (131,5±0,60 q), lakin II və III qruplarda AH dərəcəsinə müvafiq olaraq statistik dürüst artmışdır (müvafiq olaraq 250,9±1,16 q və 287,5±0,60 q).

Adi həyat fəaliyyəti, hətta gərgin fiziki iş (idman məşqləri, yarışlar) dağ iqlimi şəraitində orqanizmdə kifayət qədər mürəkkəb dəyişikliklər törədir, onu funksional sistemlərin maksimal gərginləşməsinə və yeni şəraitə effektiv adaptasiyanı təmin etmək üçün hərəki imkanlarının mobilizasiyasına məcbur edir [13,14]. Bunu nəzərə alıb, diastolik meridional miokardial stressi (MCd) dağ iqlimi şəraitində yaşayan AH xəstələrində öyrənmişik.

Nəticə olaraq hər üç qrup pasientlərdə MCd-140-dan aşağı olmuşdur. Lakin I qrupla müqayisədə II qrup pasientlərdə statistik dürüst artmışdır (105,6±1,04 q/sm² qarşı 117,5±0,77 q/sm²). III qrup pasientlərində isə həm I, həm də II qrupla müqayisədə statistik dürüst yüksəkdir (126,02±3,61 q/sm²).

AH olan qadın pasientlərin ExoKQ nəticələri cədvəl 2-də verilmişdir (cədvəl Qadınlarda normada sol mədəciyin miokardının orta kütləsi 95 q və ən yüksək həddi 141 q-dır. Tədqiqatlarımızdan məlum olmuşdur ki, AH dərəcəsi artdıqca SMMK çəkisi artır. II qrup SMMK qadınlarda I qrupla müqayisədə statistik dürüst yüksək olmuş (191,6±0,6 q və 165,4±0,61q), III qrupda isə həm I, həm də II qrupla müqayisədə statistik dürüst artıq olmuşdur (222,7±0,61 q).

Qadınlarda sol mədəciyin diastolik meridional miokardial stressini hesabladıqda 140 qiymətindən aşağıdır, lakin AH dərəcəsi artdıqca artır.

I qrup pasientlərdə - 111,2±2,56 q/sm², III qrup pasientlərdə II qrupla müqayisədə statistik çoxdur (126,01±4,01 q/sm² və 112,2±1,8 q/sm²).

Beləliklə, tədqiqatlarımızda dağlıq şəraitində yaşayan kişilərdə :

I qrupda - ADNQ (0,46) > 0,45 və MAÇNQ (0,49) > 0,45 ;

II qrupda - ADNQ (0,46) > 0,45 və MAÇNQ (0,49) > 0,45;

III qrupda - ADNQ (0,51) > 0,45 və MAÇNQ (0,52) > 0,45 olmuşdur.

Dağlıq şəraitində yaşayan qadınlarda :

I qrupda - ADNQ (0,44) > 0,45 və MAÇNQ (0,45) > 0,45 ;

II qrupda - ADNQ (0,46) > 0,45 və MAÇNQ (0,49) > 0,45;

III qrupda - ADNQ (0,51) > 0,45 və MAÇNQ (0,49) > 0,45 təşkil etmişdir .

Beləliklə, AH I dərəcə qadın pasientlərdə I tip, yəni sol mədəciyin normal geometriyası müşahidə edilmişdir, digər pasientlərdə isə sol mədəciyin konsentrik remodelyasiyası aşkar olunmuşdur.

Beləliklə, dağlıq zonada yaşayan pasientlərdə AH dərəcəsi artdıqca həm kişilər, həm də qadınlarda miokard divarları və mədəciklərarası çəpər qalınlaşır, sol mədəciyin miokard kütləsi (MK), meridional miokardial stress artır və E/A isə sol mədəcik elastikliyinə aşağı düşdüyünü əks etdirir. Miokardın kütləsinin artması miokardın oksigenə olan ehtiyacını artırır, bu da öz növbəsində işemiyaya, aritmiyaya və ürəyin funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

Nəticələr :

1. Dağlıq zonasında yaşayan AH olan hər iki cins pasientlərdə SDÖ, SSÖ, MAÇQ və SMADQ-nın ölçüləri I dərəcə AH-la müqayisədə III dərəcə AH-da çox yüksəkdir.

2. Dağlıq zonasında yaşayan AH xəstələrində sol mədəciyin (SM) diastolik funksiyasının relaksativ pozuntusuna rast gəlinmişdir.

I qrup qadın pasientlərdə sol mədəciyin normal geometriyası, qalan qrupların hər iki cins pasientlərində sol mədəciyin konsentrik remodelyasiyası aşkarlanmışdır.

2. Qlobal dəyişiklik III dərəcə AH olan hər iki cins pasientlərdə I dərəcə AH-la müqayisədə çoxdur, qısalma fraksiyası isə azalmışdır.

3. E transmitral axın sürəti III dərəcə AH olan hər iki cins pasientlərdə I dərəcə AH-la müqayisədə çoxdur və hər iki cins pasientlərdə II qrupda I qrupla müqayisədə statistik dürüst azalmışdır (p<0,05).

4. Sol mədəcik miokardının kütləsi dağlıq zonasında yaşayan hər iki cins pasientlərdə AH dərəcələrinə müvafiq olaraq artmışdır və III dərəcədə ürək əzələsinin daha çox yüklənməsini (kişilərdə - 287,5±0,60 q; qadınlarda - 222,7±0,61 q) göstərmişdir.

5. Diastolik disfunksiyanın qeyri-invaziv diaqnostik kriteriyası kimi meridional miokardial stressin qiyməti norma hüdudunda olsa da III dərəcə AH pasientlərində həm I, həm də II dərəcəli AH-la müqayisədə statistik dürüst yüksək olmuşdur (p<0,05) və hər iki cins pasientlərdə III dərəcə AH-da eyni olmuşdur (kişilərdə -126,02±3,61 q/sm²; qadınlarda 126,01±4,01 q/sm²).

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. // Системные гипертензии. 2010; №3, С.5–26.
2. Brunner H, Cockcroft JR, Deanfield J. et al. Endothelial function and dysfunction. Part II: association with cardiovascular risk factors and diseases. / A statement by the Working Group on Endothelins and Endothelial Factors of the European Society of Hypertension // J. Hypertens. - 2005. - Vol. 23. - P. 233-246.
3. Руководство по артериальной гипертонии. Под ред. Е.И. Чазова, И.Е. Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005. – С.201–217, 596–616.
4. Danlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al, for the LIFE study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet 2002;359:995–1003.
5. Gonzalez A, Lopez B, Ravassa S et al. Biochemical markers of myocardial remodeling in hypertensive heart diseases // Cardiovasc Res. - 2009.- Vol. 81.- P. 509-518.
6. Бобровницкий И.П., Еделев Д.А., Фролков В.К. Использование природных и физических факторов для повышения функциональных резервов организма // Восстановительная медицина и реабилитация. М., 2005. — С.10-12.
7. Дичев, Т.Г. Теория адаптации и здоровья человека. М.: Новый центр, 2004. – 87с.
8. Кусков А.С. Курортология и оздоровительный туризм. 2004, с.117
9. Пономаренко Г.Н. Перспективы развития современной курортологии и физиотерапии // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. М., 2005. - С. 12-13.
10. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension.- 2013.- Vol. 31, No 7.- P.1281-1357.
11. Devereux R.B., Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man. Circulation 1977; 55:613-618
12. Балаклеичев С.А. Адаптивные реакции и разработка организационно-методических принципов безопасности при занятиях мультиспортом в условиях средне- и высокогорья. 2010 г. М.: дисс. кан. биол. н., 132 с.
13. Нечесова Т.А., Коробко И.Ю., Кузнецова Н.И. Ремоделирование левого желудочка: патогенез и методы оценки // Медицинские новости.- 2008. - №11. - С. 7-13.
14. Губарева И.В. Способ диагностики диастолической дисфункции левого желудочка у больных с артериальной гипертонией.

РЕЗЮМЕ**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**Мустафаев И.И., Гумбатова С.Р.
Кафедры Терапии, АзГИУВ им.А.Алиева.**

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является наиболее характерным признаком поражения органа-мишени сердца при артериальной гипертензии (АГ). По результатам ЭхоКГ у пациентов с АГ проживающих в горных климате по степени артериальной гипертензии у женщин и у мужчин утолщается стенки миокарда и межжелудочковый перегородки, увеличивается масса миокарда левого желудочка, меридиональный миокардиальный стресс и понижается эластичность левого желудочка.

SUMMARY**ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERTROPHY OF THE LEFT VENTRICLE**

Mustafayev I.I., Humbatova S.R.

Left ventricular hypertrophy (LVH) is the most characteristic feature of hitting the target organ of the heart in arterial hypertension (AH). As a result of Echocardiography in patients with AH living on Highlands for degree of hypertension in women and in men of myocardial wall thickens and between ventricles partitions, increases the mass of the myocardium of the left ventricle, myocardial meridional stress and decreased elasticity of the left ventricle.

Daxil olub: 8.01.2017.

"ÇƏNƏ SINIQLARI ZAMANI YERLİ VƏ ÜMUMİ QEYRİ-SPEŞİFİK REZİSTENTLİYİN MÜALİCƏNİN MÜXTƏLİF ETAPLARINDA ÖYRƏNİLMƏSİ".

Timofeev A.A.¹, Yusubov Y.Ə.², Məmmədov C.C.²

¹ *P.L.Şupik adına Ukrayna Milli Tibb Akademiyası üz-çənə cərrahiyyə kafedrası.*

² *Azərbaycan Tibb Universiteti Ağız və üz-çənə cərrahiyyə kafedrası.*

Ortopedik müalicə zamanı çənə fraqmentlərinin immobilizasiyası üçün metal şinalardan (alüminium,düralüminium və müxtəlif xəlitələr) və şinaların dişlərə fiksasiyası üçün metal liqaturlardan (bronz-alüminium, mis, paslanmayan metal) istifadə olunur. Bəzi xəstələrdə tətbiq olunan şinalardan başqa metal ortopedik konstruksiyalar (metal tərkibli çıxan və ya çıxmayan protezlər, metal güdüllər və şiftlər və s.) istifadə olunur. Bütün bu müxtəlif tipli metallar ağız boşluğunda qalvanik cərəyanlara səbəb olur,bu isə öz növbəsində xəstələrdə qeyri spesifik rezistentliyin aşağı düşməsinə və posttravmatik ağırlaşmaların baş verməsinə gətirib çıxarır (1,2). Bundan başqa çox vacib olan faktoru qida qəbulunun və ağız boşluğu gigiyenasının pozulması nəticəsində immunitetin aşağı düşməsidir (3). Çənə sınıqları zamanı sınıq xəttində yerləşən dişə düzgün yanaşmamaq, erkən və ya gecikmiş iltihabi ağırlaşmalara səbəb ola bilər.Buna görə də çənə sınığı olan xəstələrdə yerli və ümumi qeyri spesifik rezistentliyin aşağı düşməsi bu xəstələrin müalicə və profilaktikasında çətinliklər törədir.

Çənə sınığının adətən gənc və orta yaşlı insanlarda əmək qabiliyyətli insanlarda rast gəlməsi bu xəstəliyin effektiv müalicəsinin tək ekonomik deyil,həm də sosial xarakter daşmasının göstəricisidir.

Apardığımız tədqiqatın məqsədi çənə sınıqlarının ortopedik və cərrahi müalicəsinin müxtəlif dövrlərində xəstələrdə yerli və ümumi qeyri-spesifik rezistentliyin öyrənilməsi və posttravmatik ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olan amillərin araşdırılmasıdır.

Material və metodlar. Tədqiqat işi P.L.Şupik adına Ukrayna Milli Tibb Akademiyasının üz-çənə cərrahiyyə kafedrasının bazası-Kiyev şəhəri,12 № klinik xəstəxananın üz-çənə cərrahiyyə şöbəsində çənə sınığı diaqnozu olan 16-52 yaş arasında olan 56 xəstədə aparılmışdır. Çənə sınığı diş sırasında yerləşmişdir (açıq sınıq). Xəstələr travmadan 2-4 gün sonra müraciət etmişlər.Göstərişə əsasən 12 xəstədə (müayinə olunan xəstələrin 21.4%) ostesintez əməliyyatı icra olunmuşdur. Osteosintezə göstəriş diş sırasında şinalanma üçün kifayət qədər dişlərin olmaması,diş sırasında periodontit xəstəliyi ilə müşaət olunan,laxlayan dişlərin olması,çənənin oynaq başının yerini dəyişmiş sınığı,interpozisiya -əzələ, vətər, sümük qəlpələri və digər yumşaq toxumaların fraqmentlər arasına yerdəyişməsi, çənələrin qapalı repozisiyası mümkün olmayan qəlpəli sınıqlar olmuşdur. Osteosintez üçün titan mini lövhələr və vintlərdən istifadə olunmuşdur. Medikomentoz müalicədə ümumi qəbul olunan antibakteriyal,ağız boşluğunun gigiyenası, simptomatik müalicə tətbiq edilmişdir. İltihabi ağırlaşmaların baş verməsinə görə xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. I qrup-30 xəstə, iltihabi ağırlaşma baş verməmişdir. II qrup -26 xəstə,posttravmatik dövrdə erkən və ya gecikmiş iltihabi ağırlaşmalar.

Yerli qeyri-spesifik rezistentliyin müayinələr üçün laborator analizlər hospitalizasiya zamanı (şinaların yerləşdirilməsindən 1-2 gün sonra),müalicənin 10-14 cü günü və xəstəxanadan çıxış zamanı (dişüstü şinaların çıxarılmasından

əvvəl) götürülmüşdür. Ümumi rezistentliyin müayinəsi (faqositar aktivlik) xəstəxanaya qəbul və çıxış zamanlarında götürülmüşdür. Kontrol qrup 28 eyni yaşlı, sağlam insanlardan ibarətdir.

Yerli rezistentliyin tədqiqi üçün xəstələrdə yaraqdan miqrasiya edən neytrofillərin funksional aktivliyi öyrənilmişdir. Materialların yığılı V.D.Dışlovun təklif etdiyi metoda uyğun götürülmüşdür. Qələvi fosfotazanın neytrofil leykositlərində yayılmasını daha geniş yayılmış metodla M.Q.Subiş modifikasiyası ilə öyrənilmişdir (4). Miqrasiya edən leykositlər və qələvi fosfotazanın aktivliyi sınıq xətti tərəfdə yanağın selikli qişasında təyin edilmişdir.

Qələvi fosfotaza ilə sitokimyəvi reaksiyaların obyektiv qiymətləndirilməsi üçün Kaplow L.S. metodundan istifadə olundu. Neytrofillərin fermentativ aktivliyindən asılı olaraq 5 tipə ayırdıq: 0-Rəngsiz, 1-sitoplazmanın zəif rənglənməsi, 2-sitoplazmanın az rənglənməsi, 3-sitoplazmanın nəzərə çarpan dərəcəli rənglənməsi, 4-sitoplazmanın çox rənglənməsi və nüvəyə diffuziya edən boya. Yaxmada hər tipə aid 100 neytrofil hesablanır və hüceyrələrin sayı dəqiqləşdirilir. Bu say aid olunan tipin nömrəsinə vurulur və alınan nəticələr toplanır. Nəticələr şərti vahidlə göstərilir.

Orqanizmin ümumi rezistentliyinin təyini üçün periferik qanda leykositlərin faqositar aktivliyi V.F.Çernuşenko və L.S.Koqosoviy metodu ilə təyin olundu (1978).

Ağız boşluğunda alveol çıxıntısı üzərində (sınıq xətti və ya əməliyyat nahiyəsində) selikli qişada iltihabın öyrənilməsi üçün Şiller-Pisarev probundan istifadə olundu. Alveolyar çıxıntıda selikli qişa Lüqol məhlulu ilə işləndi. Rənglənmə intensivliyi ballarla qiymətləndirildi.

Rənglənmə yoxdur -1 bal

Zəif rənglənmə -2 bal

İntensiv rənglənmə -3 bal

Şiller-Pisarev probu obyektivləşdirmək məqsədi ilə rəqəmlərlə ifadə olundu. Svrakovun yod dəyər qiymətləndirilməsi.

Cüzi iltihabi prosesin göstəricisi- 2.3 bala qədər.

Mülayim iltihabi prosesin göstəricisi- 2.67-5.0 bal arası

İntensiv iltihabi prosesin göstəricisi- 5.33- 8.0 bala qədər

Kontakt termometriya elektrotermometr TPEM-1 aparatı ilə aparılmışdır. Dəqiqlik göstəricisi 0.2C. Müayinə nahiyəsinə həmin aparatın qəbuledici sensoru toxundurmaqla termometriya aparıldı. Sensorun selikli qişaya kontakt müddəti 20 saniyə, təkrar yoxlamalar arasındakı vaxt 2-5 saniyə, ümumilikdə 3 dəfə yoxlama aparılaraq orta arifmetik rəqəm qeyd edilir. Temperatur ölçülməsi tədqiqat nahiyəsi ilə yanaşı sağlam nahiyədə də aparıldı. Kontakt termometriyanın əsasında patoloji ocaq üzərində qeydə alınan absolut göstərici deyil, simmetrik əks tərəfdən götürülən göstəricilərlə fərq qeydə alınır.

Bütün alınan nəticələr riyazi olaraq Styudent kriteriyaları ilə hesablandı. Göstərici dürüslüyü $p < 0.05$.

Nəticələr və onların müzakirəsi: Aparılan müayinələrin nəticələrinə görə I qrup çənə sınığı olan xəstələrdə müalicə dövründə orqanizmin rezistentlik göstəriciləri aşağıdakı kimi qeydə alınmışdır. Hospitalizasiya zamanı yanağın selikli qişasından miqrasiya edən neytrofillərin sayı sağlam insanlarda olan neytrofillərin sayından fərqli olaraq 20.0 ± 1.4 vahid ($p > 0.05$) mülayim dərəcədə artmışdır. Qələvi fosfotazanın aktivliyi 46.8 ± 2.0 şərti vahid ($p > 0.005$) təşkil etmişdir. (Cədvəl N 1)

Hospitalizasiyadan 10-14 gün sonra xəstələrdə yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı sağlam insanlarla müqayisədə nəzərə çarpan dərəcədə artmışdır. 33.7 ± 1.5 ($p < 0.001$), qələvi fosfotazanın aktivliyi 73.8 ± 2.6 ş.v

təşkil etmişdir ($p < 0.001$). Xəstəxanadan çıxış zamanı I qrup xəstələrdə (ağırlaşmamış çənə sınıqlarında) yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı aşağı düşərək normaya yaxınlaşmışdır (18.6 ± 1.1 $p > 0.05$), qələvi fosfotazanın aktivliyində ona uyğun olaraq normaya yaxınlaşmışdır (40.7 ± 1.4 ş.v ($p > 0.05$)).

Cədvəl № 1.

Çənə sınığı olan xəstələrdə müalicə dövründə (I qrup xəstələrdə) yanağın selikli qişasından götürülən yaxmaların sitoloji və sitokimyəvi göstəriciləri.

Müayinə olunan qruplar	Xəst. say	Müayinə vaxtı	Yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı. (100 -ə qədər hüceyrə)	Yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərdə qələvi fosfotazanın aktivliyi. (şərti vahid)
			M ± m	M ± m
I qrup	30	Hospitalizasiya	20,0±1,4 $p > 0,05$	46,8±2,0 $p > 0,05$
		10-14 gün	33,7 ± 1,5 $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	73,8±2,6 $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
		Çıxış zamanı	18,6 ± 1,1 $p > 0,05$ $p_1 < 0,001$	40,7±1,4 $p > 0,05$ $p_1 < 0,001$
Kontrol qrup (sağlam insanlar)		27	16,8 ± 1,4	40,9±2,2

*Qeyd: p-dürüslük fərqi nəzarət qrupu ilə müqayisədə
 p_1 -dürüslük fərqi əvvəlki dövrlə müqayisədə*

Beləliklə, göstəricilərə uyğun olaraq əsasən çənə sınıqlarının ağırlaşmamış formalarında xəstələrdə yerli qeyri spesifik rezistentlik klinikadan çıxış zamanı normaya uyğun olur.

Cədvəl № 2.

Çənə sınığı olan II qrup xəstələrdə (ağırlaşmış çənə sınığı) müalicə dövründə yanağın selikli qişasından götürülən yaxmaların sitoloji və sitokimyəvi göstəriciləri.

Müayinə olunan qruplar	Xəst. say	Müayinə vaxtı	Yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı. (100 -ə qədər hüceyrə)	Yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərdə qələvi fosfotazanın aktivliyi. (şərti vahid)
			M ± m	M ± m
II qrup	26	Hospitalizasiya vaxtı	24,7±1,2 $p > 0,001$	47,5±1,6 $p > 0,001$
		10-14 gün	47,5 ± 1,6 $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	86,3±2,5 $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
		Çıxış zamanı	41,2 ± 1,5 $p > 0,05$ $p_1 < 0,001$	77,0±2,1 $p > 0,05$ $p_1 < 0,001$
Kontrol qrup (sağlam insanlar)		27	16,8 ± 1,4	40,9±2,2

*Qeyd: p-dürüslük fərqi nəzarət qrupu ilə müqayisədə
 p_1 -dürüslük fərqi əvvəlki dövrlə müqayisədə*

II qrup müayinə olunan xəstələr-xəstəxanadan çıxış zamanı müxtəlif posttravmatik ağırlaşmalarla baş verən xəstələr. 2-ci cədvələ uyğun olaraq hospitalizasiyanın ilk günlərindən etibarən yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı sağlam insanlarla müqayisədə nəzərə çarpan dərəcədə artaraq (24.7 ± 1.2 $p < 0.001$), qələvi fosfotazanın aktivliyi (47.5 ± 1.6 ş.v $p < 0.001$) 10-14 gün sonra müayinə olunan xəstələrdə yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin sayı sağlam insanlarda və müalicənin əvvəlindən fərqli olaraq

əsaslı dərəcədə artaraq (47.5 ± 1.6 $p < 0.001$), qələvi fosfotazanın aktivliyi 86.3 ± 2.5 ş.v təşkil etmişdir. II qrup xəstələrin xəstəxanadan çıxış zamanı müayinələrinin nəticəsi zamanı yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofillərin say göstəriciləri yüksək səviyyədə qalır (41.2 ± 1.5 $p < 0.001$), qələvi fosfotazanın aktivliyi (77.0 ± 2.1 ş.v $p < 0.001$) təşkil etmişdir.

II cədvəldə göstərilən göstəricilərə əsasən belə bir nəticəyə gəlirik ki, çəna sınığı olan II qrup xəstələrdə müalicə dövründə yerli qeyri spesifik rezistentlik aşağı düşmüş və 10-14 cü gündə yanağın selikli qişasından imiqrasiya edən neytrofillərin sayının artması, qələvi fosfotazanın yüksək aktivliyi müşahidə olunmuşdur. Xəstəxanadan çıxış dövründə qeyd olunan göstəricilər normaya yaxınlaşmamış, normadan tamamilə fərqlənmişdir. Bu da müayinə olunan xəstələrdə yerli immunitetin aşağı olmasının təsdiqidir. Bu xəstələrdə göstəricilərin normadan fərqli olması yerli qeyri spesifik rezistentliyin faktorlarının aşağı olması ilə yanaşı selikli qişada və sümük ətrafında iltihab əlamətləri ilə də müşahidə olunmuşdur.

Müayinə olunan I və II qrup xəstələrdə ümumi qeyri spesifik rezistentliyin göstəriciləri də izlənilirdi. (Cədvəl N3, şəh 4) I qrup xəstələrdə hospitalizasiya zamanı periferik qanda neytrofillərin faqositar aktivliyi sağlam insanlarla müqayisədə demək olar ki dəyişilməmiş: $72 \pm 1.4\%$ və 6.3 ± 0.3 vahid ($p > 0.05$), xəstəxanadan çıxış zamanı : $73.7 \pm 1.2\%$ və 6.5 ± 0.2 vahid ($p > 0.05$). II qrup xəstələrdə də hospitalizasiya zamanı periferik qanda neytrofillərin faqositar aktivliyi demək olar ki, dəyişilməmiş : $73.6 \pm 1.3\%$ və 6.2 ± 0.3 vahid ($p < 0.001$), lakin, xəstəxanadan çıxış zamanı leykositlərin faqositar aktivlik dərəcəsi kifayət qədər aşağı düşmüşdür: $61.9 \pm 1.2\%$ və 5.0 ± 0.4 vahid ($p < 0.02$).

Cədvəl № 3.

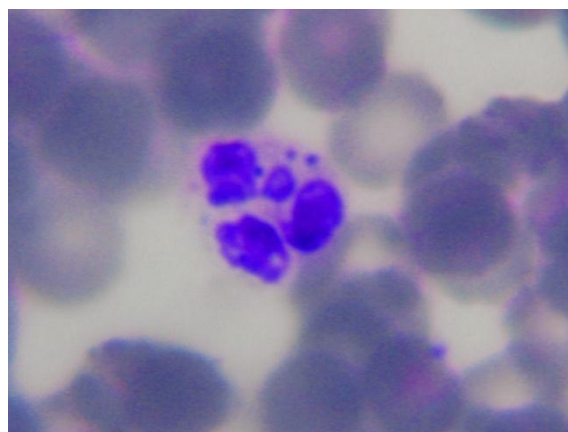
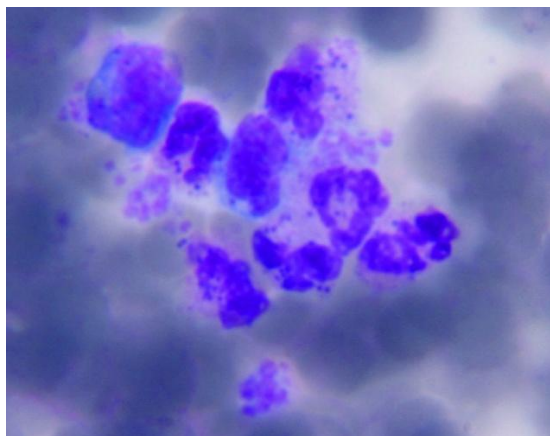
I və II qrup müayinə olunan xəstələrdə periferik qanda leykositlərin faqositar aktivliyinin dəyişmə dinamikası.

Müayinə olunan qruplar	Xəs sayı	Müayinə vaxtı	Periferik qanda leykositlərin faqositar aktivlik göstəriciləri.	
			Faqositozun faiz göstəricisi.	Faqositoz sayı
			M ± m	M ± m
I qrup	30	Hospitalizasiya zamanı	$72,9 \pm 1,4$ $p > 0,05$	$6,3 \pm 0,3$ $p > 0,05$
		Çıxış zamanı	$73,7 \pm 1,2$ $p > 0,05$	$6,5 \pm 0,2$ $p > 0,05$
II qrup	26	Hospitalizasiya zamanı	$73,6 \pm 1,3$ $p > 0,05$	$6,2 \pm 0,3$ $p > 0,05$
		Çıxış zamanı	$61,9 \pm 1,2$ $p < 0,001$	$5,0 \pm 0,4$ $p < 0,02$
Sağlam insanlar		27	$74,5 \pm 1,6$	$6,4 \pm 0,3$

Qeyd: p -dürüslük fərqi sağlam insanlarla müqayisədə

Sınıq xəttində iltihabi prosesin aşkarlanması məqsədi ilə Şiller-Pisarev probu tətbiq olundu. I qrup xəstələrdə hospitalizasiya zamanı Svrakovun yod dəyər qiymətləndirmə göstəricisi 6.4 ± 0.7 bal (intensiv iltihabi proses), II qrup xəstələrdə 6.8 ± 0.6 bal (intensiv iltihabi proses). Aparılan medikomentoz müalicənin 3-4 cü günündə I qrup xəstələrdə 4.2 ± 0.4 bal (mülayim iltihabi proses), II qrup xəstələrdə isə 5.5 ± 0.3 bal (intensiv iltihabi proses). Müalicənin 6-7 ci günündə I qrup xəstələrdə 3.3 ± 0.7 bal (mülayim iltihabi proses), II qrup xəstələrdə isə 5.4 ± 0.8 bal (intensiv iltihabi proses). Müalicənin 9-10 cu günündə I qrup xəstələrdə Şiller-Pisarev probu göstəricisi 2.2 ± 0.6 bal (cüzi iltihabi proses), II qrupda isə 5.1 ± 0.4 bal (intensiv iltihabi proses) təşkil etmişdir.

I və II qrup xəstələrdə alveolyar çıxıntının selikli qişasının sınıq xətti və əks tərəfdə aparılan kontakt termometriyanın göstəriciləri 4 cü cədvəldə öz əksinin tapmışdır. Hospitalizasiya zamanı I qrup xəstələrdə termoassimetriya yüksək göstəricilərlə müşahidə olunmuşdur: ($1.6 \pm 0.1C$ $p < 0.01$), II qrup xəstələrdə də təxminən eyni göstəricilər qeydə alınmışdır: ($1.7 \pm 0.2C$ $p < 0.02$). Müalicənin 3-4 cü günündə I qrup xəstələrdə ($1.2 \pm 0.2 C$ $p < 0.001$), II qrup xəstələrdə ($1.5 \pm 0.1C$ $p < 0.01$). Müalicənin 6-7 ci günündə I qrup xəstələrdə ($0.9 \pm 0.1C$ $p < 0.01$), II qrup xəstələrdə ($1.3 \pm 0.2C$ $p < 0.01$). Müalicənin 9-10 cu günündə I qrup xəstələrdə termoassimetriya göstəriciləri normaya yaxınlaşaraq ($0.6 \pm 0.2C$ $p < 0.05$) təşkil etmiş, II qrup xəstələrdə isə nisbətən yuxarı göstəricilər ($1.0 \pm 0.2C$ $p < 0.01$) qeydə alınmışdır.



Şəkl.4. Neytrofil leykositlərinin faqositar aktivliyin müxtəlif mərhələlərdəki görünüşü.

Cədvəl № 4.

Alveolyar çıxıntı üzərindəki selikli qişanın termoassimetriya göstəriciləri

Müşahidə qrupları	Say	Müayinə zamanı	Δ T – Termoassimetriya (°C)	
			M ± m	P
I qrup	26	Hospitalizasiya	$1,6 \pm 0,1$	<0,001
		3 – 4cü gün	$1,2 \pm 0,2$	< 0,001
		6 – 7ci gün	$0,9 \pm 0,1$	<0,01
		9 – 10cu gün	$0,6 \pm 0,2$	> 0,05
II qrup	24	Hospitalizasiya	$1,7 \pm 0,2$	<0,001
		3 – 4cü gün	$1,5 \pm 0,1$	<0,001
		6 – 7ci gün	$1,3 \pm 0,2$	<0,001
		9 – 10cu gün	$1,0 \pm 0,2$	<0,01
Sağlam insanlar	28		$0,5 \pm 0,1$	

Qeyd: p-dürüstlük fərqi sağlam insanlarla müqayisədə

I qrup (ağırlaşmamış çənə sınıqları) müayinə olunan xəstələrdə dişüstü şınaların tətbiqi səbəbi ilə 63.3% gingivit müşahidə olundu. Bu ağırlaşma şınaların çıxarılmasından bir neçə gün sonra müdaxiləsiz bərpa olundu. Digər heç bir ağırlaşma bu qrupda qeydə alınmadı.

II qrup bütün xəstələrdə gingivitlə yanaşı digər iltihabi ağırlaşma-posttravmatik osteomyelit (2 xəstədə mental nahiyə, 24 xəstədə çənə bucağı nahiyə) qeydə alındı. 26 posttravmatik osteomyelit xəstəsindən 7 (26.9%) sində hospitalizasiya zamanı sınıq xəttində yerləşən diş çıxarıldı, digərlərində (73.1%) sınıq xəttində yerləşən diş müalicə dövründə (hospitalizasiyanın 11-23 cü günləri) çıxarıldı. 1 xəstədə hospitalizasiyadan 3 gün sonra titan mini lovhələrlə osteosintez əməliyyatı icra edildi. Bu xəstə müalicənin 14 cü günü xəstəxananı özbaşına tərk

etdi və ambulator müalicə olundu. Əməliyyatın 12 ci günü dişüstü şinalar özü tərəfindən çıxarıldı və müalicə rejimini pozdu. Bütün II qrup xəstələrdə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti qeyri-kafi olaraq qiymətləndirilmişdir.

Nəticə olaraq, bu laborator testlərin tətbiqi, yanağın selikli qişasından emiqrasiya edən neytrofilərin sayı və qələvi fosfotazanın aktivliyinin təyini, termoassim etriyanın ölçülməsi çənə sümüyündə iltihabi prosesin inkişafının proqnozlaşdırma testləri kimi qəbul edilə bilər.

Nəticə

Aparılan tədqiqat işinin nəticələrinə əsasən çənə sınığı olan xəstələrdə yerli və ümumi qeyri spesifik rezistentliyin aşağı düşməsi müşahidə olunur və bu da öz növbəsində müxtəlif iltihabi proseslərin , posttravmatik osteomyelit və s kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Çənə sınıqları zamanı yerli və ümumi immunitetin aşağı düşməsi aparılan müalicənin taktikası (konservativ, cərrahi), medikamentoz müalicə, xəstələrin tam qidalanma rejiminin pozulması ilə əlaqələnmir. Əsas səbəb olaraq posttravmatik stressor vəziyyəti, ağız boşluğunun gigiyena qaydalarının pozulması, orqanizmin individual olaraq travmaya cavab reaksiyasının xüsusiyyətlərini göstərmək olar.

ƏDƏBİYYAT - ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES:

1. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія. – Київ.: ВСВ "Медицина", 2011. – 752 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев. – издание 5-е (исправленное и дополненное) - 2012. - 1048 с.
3. Бутенко З.А., Глузман Д.Ф., Зак К.П., Филатова Р.С., Шляховенко В.А. Цитохимия и электронная микроскопия клеток крови и кроветворных органов. Киев, "Наукова думка", 1973 – 245 с.
4. Шубич М.Г., Нагоев Б.С. Щелочная фосфатаза лейкоцитов в норме и патологии. Москва, "Медицина", 1980 – 224 с.
5. Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. Иммунологические исследования в клинике. Киев, "Здоров'я", 1978. – 159 с.

Daxil olub: 13.03.2017.



✱YUBİLEY✱ЮБИЛЕЙ✱MUBİLEE✱

Zərəngiz

Əliqulu qızı

Tağızadə

İl

90 *let*

years old

İnsan ömrü sadəcə ayları, illəri yola salan bir yaşamaq müddəti deyil, həyatı tarixə çevirərək əbədiləşdirən bir ömür lövhəsidir. Təəssüf ki, yaddaşlara həkk olunan ömür

yaşamaq hər bir kəsə nəsim olmur. Onlar doğulur, yaşayır, dünyasını dəyişir və xatırlan-mır.

Tibb ictimaiyyəti 90 illik yubileyini qarşılamağa hazırlaşdığı tibb elmləri doktoru, professor Zərəngiz xanım Tağızadə yaddaşlara həkk olunaraq, silinməz izlər buraxan şərəfli bir ömür yaşamış insanlıq nümunəsidir.

Zərəngiz Əliqulu qızı Tağızadə 1927-ci ilin mart ayının 16-da Bakı şəhərində ziyalı ailəsində anadan olmuş, 1933-cü ildə Bakı şəhərinə yüksək təlimi ilə seçilən 156 sayılı orta məktəbə daxil olaraq 1943-cü ildə oranı fərqlənmə attestatı ilə bitirmişdir. Qəlbində həkim olmaq istəyi Zərəngiz xanımı tibb institutuna gətirmiş və qəbul imtahanlarını müvəffəqiyyətlə verərək N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun Müalicə-profilaktika fakültəsinə daxil olmuşdur. Çalışqanlılığı və ciddiliyi ilə digər tələbələrdən seçilən Zərəngiz xanım təhsil aldığı illərdə böyük uğurlar qazanmışdır. Bütün imtahanlardan yalnız əla qiymətlər alan Zərəngiz xanım dövrünün ən yüksək təqaüdü olan və çox az miqdar tələbəyə nəsim olan Stalin təqaüdünə layiq görülmüşdür. Ciddi olmaqla yanaşı təşkilatçılıq qabiliyyətini nəzərə alaraq fakültə Komsomol Komitəsinin katibi seçilmişlər. Hələ tələbə ikən elmi işlərə böyük maraq göstərən və tələbə elmi cəmiyyətinin fəal üzvü olan Zərəngiz xanım professor M.Mirqasımovun rəhbərliyi altında «Serroz iltihabın» araşdırmasına dair eksperimentlər aparmış və almış olduğu nəticələr haqqında elmi konfranslarda maraqlı məruzələr etmişdir.

1948-ci ildə institutu fərqlənmə diplomu ilə bitirdikdən sonra onu Tibb İnstitutunda professor Emin Əfəndiyevin rəhbərlik etdiyi «Daxili Xəstəliklərin Propedevtikası» kafedrasında ordinatoraya qəbul etmişlər. 1952-55-ci illərdə həmin kafedrada baş laborant vəzifəsində işləmiş, 1955-ci ildə isə elmi işlərini davam etdirmək məqsədilə aspiranturaya daxil olmuş və görkəmli kardioloq, akademik Cahangir Abdullayevin rəhbərliyi altında elmi tədqiqat işlərinə başlamışdır. 4 il müddətində gərgin əməyi öz bəhrəsini vermişdir. Zərəngiz xanım apardığı elmi axtarışlarını yekunlaşdıraraq 1959-cu ildə «Müxtəlif müalicə üsullarından asılı olaraq tireotoksikozlu xəstələrdə hemodikamikanın dəyişməsi» mövzusunda namizədlik dissertasiyasını müvəffəqiyyətlə müdafiə etmişdir.

Gənc alim 1961-1967-ci illərdə Azərbaycan SSR Elmlər Akademiyasının «Eksperimental və Kliniki Təbabət» İnstitutunda «Kardiologiya» şöbəsində baş elmi

işçi, 1967-1969-cu illərdə isə orada «Koronar xəstəliklər» laboratoriyasının müdiri vəzifəsində işləmişdir.

Xüsusi istedadla malik olan gənc alimin elmi axtarışlar diapazonu daha da genişlənmişdir. Kardioloq kimi yetkinləşən gənc alim hesab edirdi ki, ürək xəstəliklərinin kökündə dayanan əsas amil endokrin sistemində baş vermiş dəyişiklik durur. Bu istiqamətdə sistematik axtarış aparan Zərəngiz xanım elmi işlərini yekunlaşdıraraq 1967-ci ilin mayında «Qalxanvari vəzin müxtəlif funksional vəziyyətlərində ateroskleroz və qanın laxtalanması» mövzusunda doktorluq dissertasiyası müdafiə etmişdir.

Həyatını tibb elminin inkişafına həsr etmiş, minlərlə xəstələrə şəfa verən, ailələrə sevinc bəxş edən Zərəngiz xanım təhsil aldığı və ömrünün sonuna qədər çalışdığı Azərbaycan Tibb Universitetinin tarixində də özünə məxsus yer tutmuşdur. Zərəngiz xanım kardiologiya üzrə tibb elmləri doktoru və professoru kimi yüksək elmi ad və dərəcə almış ilk azərbaycanlı qadındır.

Zərəngiz xanım Tağızadə 1969-cu ilin oktyabrından ömrünün sonunadək Azərbaycan Dövlət Tibb Universitetinin «Daxili Xəstəliklər» kafedrasının professoru vəzifəsində çalışmışdır. O, IV-V-VI kurs tələbələrinə və intern-həkimlərə azərbaycan və rus dillərinlə daxili xəstəliklərin müxtəlif şöbələrindən (ürək-damar, ağ ciyər, həzm sistemi, qan xəstəlikləri, professional xəstəliklər və s.) mühazirə oxumaqla yanaşı praktik məşğələlər də aparmışdır.

İşlədiyi illərdə 150-yədək çap olunmuş elmi işlərin, o cümlədən 2 dərəcə vəsaiti və 6 metodiki tövsiyyənin müəllifi olmuşdur. Onun elmi işləri əsasən ürək-damar xəstəliklərinə (ürəyin işemik xəstəliyinə, miokard infaktına, respublikada ürək-damar xəstəliklərinin yayılmasına), şəkərli diabetin, qalxanvari vəzin ürəyə, qanın laxtalanmasına təsirinə, herontoloci məsələlərin (ürəyə süni ritm aparatının tətbiqi, antioksidantların, antianginal və reoloci preparatların aterosklerozun gedişinə təsirinin) öyrənilməsinə həsr olunmuşdur.

Zərəngiz xanım uzun illər Azərbaycan Tibb Universitetinin müdafiə şurasının üzvü olaraq 20-dən çox doktorluq və namizədlik dissertasiyalarına opponetlik etmişdir. Həmçinin Azərbaycan Respublikası Prezidenti yanında Ali Attestasiya Komissiyası tərəfindən müdafiə olunmuş namizədlik və doktorluq dissertasiyalarına rəy vermişdir. Azərbaycan Respublikası Kardioloqlar Cəmiyyətinin Rəyasət heyətinin üzvü, Səhiyyə Nazirliyinin 4-cü Baş İdarəsinin məsləhətçisi olmuşdur.

Professor Zərəngiz xanım Tağızadə müasir təbabətin nəzəri və təcrübi əsaslarını mükəmməl bilən və onun gündəlik fəaliyyətində peşəkarlıqda olan səmimiyyəti və təvazökarlığı qədər də ciddi və tələbkar bir terapevt-kardioloq olmuş, onun rəhbərliyi altında dörd namizədlik dissertasiyası yerinə yetirilmişdir.

Zərəngiz xanım elmi-praktiki fəaliyyətinə görə «Səhiyyə əlaçısı» nişanına, «Əmək veteranı» və Azərbaycan Respublikasının «Əməkdar həkim»i adına layiq görülmüşdür.

Zərəngiz xanım yuxarıda qeyd edilən çoxşaxəli elmi-praktiki və ictimai fəaliyyəti ilə yanaşı, həm də vəfalı bir həyat yoldaşı olaraq əməkdar elm xadimi professor Tağı Tağızadə ilə birlikdə bu gün onların yolunu şərəflə davam etdirən ləyaqətli övladlar, nəvə və nəticələri tərbiyyə edərək Azərbaycan xalqına əmanət etmişlər.

Zərəngiz xanım onu tanıyanların qəlbində azərbaycan ziyalısı ilə azərbaycan xanımına məxsus olan alicənablığı, zərifliyi, qayğıkeşliyi birləşdirən davranış və hərəkətində təcəssüm etdirən alicənab, yüksək mədəniyyətli bir insan kimi qalmışdır. Xəstələrinə diqqət və qayğı ilə yanaşan, onların qəlbində yaşamağa ümid yaradan bir həkim kimi xatırlanır.



*Əməkdar elm xadimi,
RF-nin Tibbi Texniki
Akademiyasının Akademiki,
Professor Qarayev Q.Ş.
Профессор Вагиф Джавад оглы
Сеидов*

*İ
75 лет
years old*

1 июня 2016 г. профессору В. Д. Сеидову исполнилось 75 лет. Известный хирург, ученый и педагог, Заслуженный врач Азербайджанской Республики, доктор медицинских наук, профессор В.Д. Сеидов является одним из ведущих специалистов абдоминальной, сосудистой и эндоскопической хирургии.

В.Д.Сеидов родился в 1941 г. в поселке Заям Шамкирского района, где он и закончил среднюю школу. В 1960г. поступил в Азербайджанский государственный медицинский институт.

В 1966 г. В.Д. Сеидов поступил в клиническую ординатуру в НИИ клинической и экспериментальной хирургии Минздрава Азербайджана.

В 1970 г. защитил кандидатскую диссертации в 1970-1976 гг. занимал должность младшего, а потом – старшего научного сотрудника в отделении хирургической гастроэнтерологии. Талант молодого хирурга В.Д. Сеидова не остался незамеченным. Решением Ученого Совета и Минздрава Азербайджана в 1976 г. В.Д. Сеидов был отправлен в докторантуру в НИИ сердечно – сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, где в 1979 г, защитил докторскую диссертации.

После защиты диссертации В.Д. Сеидов возвратился в родной институт в Баку, где продолжал работать старшим научным сотрудником. Здесь он впервые в Азербайджане провел реконструктивные операции на аорте и ее магистральных ветвях, разработал и внедрил длительную эпидуральную блокаду у больных синдромом Лериша, авторский способ обработки культи поджелудочной железы при ее резекции.

В 1982-1988 гг. он активно занимался педагогической деятельностью в должности доцента, а затем - профессора Азербайджанского государственного медицинского института. С 1988 г. руководил отделением хирургической гастроэнтерологии.

В 1982-1984 гг., являясь главным хирургом г. Баку, а в 1984 – 1994 гг.- главным хирургом Минздрава Азербайджана, он оказывал всестороннюю помощь в организации и повышении качества хирургической службы в городских и центральных районных больницах. Одновременно являлся председателем Специализированного Ученого совета по присвоению ученых степеней по специальности “Хирургия”.

Вагиф Джавад оглы плодотворно сотрудничал с известными представителями ведущих мировых хирургических школ. В 1976-1979 гг.

работал под руководством академика Б.В.Петровского в НИИ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева. В 1990 г. был приглашен в США, где обменивался опытом с американскими коллегами (Майами) и ознакомился с лапароскопической хирургией. В 1993-1994 гг., по приглашению коллег, осуществлял частые визиты в Турцию (Анкару), читал лекции и демонстрировал мастер-класс по хирургии панкреаса.

В.Д. Сеидов – член Международного Общества Трансплантологов, конгресса туркоязычных стран мира, член-корреспондент Петровской Академии наук и искусств РФ. Автор более 230 научных работ, 7 патентов на изобретение и 5 монографии, посвященных актуальным вопросам ангиохирургии, абдоминальной и эндоскопической хирургии. Под его руководством защищены 8 докторских и кандидатских диссертаций.

Вагиф Джавад оглы Сеидов - профессионал высокого уровня, крупный ученый, выдающийся организатор и руководитель, эрудированный, прекрасный и порядочный человек, полный творческих замыслов. Он и сегодня выполняет сложные хирургические вмешательства с присущим ему мастерством.

Редколлегия журнала «Здоровье» поздравляют его и желают ему здоровья, дальнейших успехов и долголетия!

Jurnalda dərc olunan məqalələrin tərtibatına dair tələblər

Dərc olunacaq məqalə redaksiyaya həm kağız, həm də elektron formada təqdim olunmalıdır.

Məqalə hazırlanarkən aşağıdakı tələblər nəzərə alınmalıdır:

1. Məqalə Azərbaycan, rus və ingilis dillərindən birində hazırlanmalı, məqalənin adı, xülasə və açar sözlər hər üç dildə təqdim olunmalıdır.
2. Məqalə Microsoft Word mətn redaktorunda A4 formatında (soldan – 2 sm., yuxarıdan, aşağıdan və sağdan – 2,5 sm.), Times New Roman şrifti ilə 12 pt. ölçüdə, vahid sətirarası intervalla və mətn daxil yazıda 1 sm. abzas buraxmaqla hazırlanmalı və 10 səhifədən artıq olmamalıdır.
3. Məqalənin mətninin aşağıdakı bölmələrdən ibarət olması tövsiyə olunur:
 - Giriş (məqalənin aktuallığı, problemin hazırkı vəziyyəti); Tədqiqatın məqsədi, məqalənin qoyuluşu; Məqalənin həll üsulları və aprobeşiyası
 - Alınan nəticələrin təsviri; Nəticə.
4. Məqalə aşağıdakı ardıcılıqla hazırlanmalıdır: UOT – soldan, qalın şriftlə, sonda 6 pt. interval; müəlliflərin soyadı və inisialları – soldan, kursiv və qalın şriftlə; müəlliflərin iş yeri, şəhər, ölkə və e-poçt ünvanı – soldan, sonda 6 pt. interval; məqalənin adı – ortadan, böyük hərflərlə, qalın şriftlə, sonda 6 pt. interval; xülasə (mətn təqdim olunan dildə) – kursivlə, sonda 6 pt. interval; açar sözlər – kursivlə, sonda 6 pt. interval; giriş və digər alt başlıqlar – soldan, qalın şriftlə, əvvəlində və sonunda 6 pt. intervalla.
6. Ədəbiyyat siyahısından sonra məqalənin hazırlandığı dildən fərqli digər 2 dildə müəllifin soyadı, adı, atasının adı, məqalənin adı, xülasə və açar sözlər təqdim olunur.
7. Məqalədə cədvəl və şəkillər nömrələrin: cədvəl – cədvəlin yuxarısında, sağdan (məs., cədvəl 1.), şəkil – şəklın altında, ortadan (məs., şəkil 1.) və mətn hissədən (yuxarıdan və aşağıdan) 1 boş sətir buraxmaqla göstərilməlidir.
8. Düsturlar Microsoft Equation-də standart parametrlərlə yığılır. Mətdə ancaq istifadə olunan düsturlar nömrələnir. Düsturun nömrəsi sağda mətərizədə yazılır.
9. Məqalə göndərildikdə müəlliflər haqqında məlumat: soyadı, adı, atasının adı, elmi dərəcəsi, elmi rütbəsi, iş yeri, vəzifəsi, telefon nömrəsi, müəllifin şəkli (300x300), e-mail ünvanı da təqdim olunmalıdır.
10. Məqalədə göstərilən məlumat və faktlara görə müəllif məsuliyyət daşıyır.

Müəllifin tələbi:

- Ad; Soyad; Telefon; E-mail; Fesbook url (profil); İnstaqram url (profil); twitter url (profil); youtube url (profil); Foto (300X300)

Требования к опубликованным статьям в журнале.

Статьи, к публикации принимаются в печатном и в электронном варианте.

При подготовке статей учитываются следующие требования:

1. Статей публикуются на азербайджанском, русском или на английских языках. Название статьи, резюме и ключевые слова должны быть на трех языках.
2. Объем статьи не более 10 страниц, текстовый редактор Microsoft Word в формате A4 (слева – 2 см, справа -2,5, сверху и снизу 2,5), шрифт Times New Roman в размере 12, межстрочный интервал одинарный, Абзацный отступ 1 см.
3. Общее требования к оформлению научной статьи:
Краткое введение (актуальность темы); Цель исследования, постановка темы; Материалы и методы исследования; Результаты исследования и их обсуждение; Выводы.
4. Статей должны быть подготовлены в следующей последовательности:
Фамилия, имя, отчество авторов слева, жирным и курсивным шрифтом
Место работы, город, страна и электронная почта слева, интервалом 6 пунктов.
Название статьи – по центру, большими буквами, жирным шрифтом, с интервалом 6 пунктов.
Резюме (на трех языках) – курсивным шрифтом, интервалом в конце 6 пунктов
Введение и прочие подзаголовки слева жирным шрифтом, в начале и в конце 6 пунктов
5. Фамилия, имя и отчество авторов, название статьи, резюме и ключевые слова на двух других языках должны быть представлены после списка литературы.
6. Таблицы и рисунки нумеруются:
Таблица – сверху и справа (например, таблица 1.), рисунок внизу и в середине рисунка (например рис. 1), текст пробелом 1 абзац (сверху и снизу).
7. Формулы набираются по стандартному параметру Microsoft Equation. В тексте нумеруются только используемые формулы. Нумерации формул указываются справа, в скобках.
8. Информация об авторах при отправке научной статьи: научная степень, должность, место работы, номер телефона, фото (300x300).
9. Автор несет ответственность за указанную в статье информацию и факты.
- Имя; Фамилия; Телефон; E-mail; Fesbook url (profil); İnstaqram url (profil) ; twitter url (profil); youtube url (profil); Фото (300X300)

The article, which will be published in the newspaper should be submitted in both, electronic and paper form.

The following requirements should be considered in preparation of article:

1. The article should be prepared in azerbaijani, russian or english languages, summary and key words also must be presented in three languages.
2. The article should be prepared in a4 format of the microsoft word text editor, (left - 2 cm., from above, from below and from the right - 2.5 cm.), in times new roman 12 pt. size, 1 line spacing, 1 cm intervals of paragraphs and should not exceed 10 pages.
3. The text of the article is recommended to consist of the following sections:
Introduction (problem urgency, the current state of the problem); Purpose of the issue investment; Problem solving techniques and approbation
A description of the results; Result
4. The article should be prepared in the following order; ijdc - left, bold, end 6 pt. interval; surname and initials of the authors from the left, and bold italic; authors work place, city country and e-mail - from the left, in the end, 6 pt. interval; the name of the article - in the middle, in capital letters, bold, end 6 pt. interval; summary (text provided languages) - italics, end 6 pt. interval; keywords - italics, end 6 pt. interval; introduction and other sub-headings - from left, are bold, the beginning and the end of the 6-pt. interval.
5. Next to literature it is presented in 2 different languages depending on language, which article was written the surname of author of the article, first name, father name, article title, summary and keywords are presented.
6. The tables and pictures should be numbered in the article: table - top, right to left (eg., table 1), picture - below the picture. in the middle (eg., Picture 1), and the text parts (above and below), leaving a blank line.
7. The formulas should be assembled by the Microsoft Equation in standard settings. it should be numbered only formulas, which were used in the text. the number of formula should be written in brackets on the right.
8. It should be presented in article information about the authors: last name, first name, middle name, academic degree, academic rank, place of work, title, telephone number, author's photo (300x300), e-mail address.
9. Information and facts mentioned in the article are the responsibility of the author.
-Name; Surname; Phone; E-mail; Fesbook url (profil); İnstaqram url (profil); Ttwitter url (profil); youtube url (profil); Foto (300X300).